

Atención Primaria, Pediatría, Ginecología

XXXI LECCIONES EN SALUD COMUNITARIA



ciencia
sanitaria



SOCIFOSA
sociedad científica
española de
formación sanitaria

XXXI Lecciones en Salud Comunitaria.



ciencia
sanitaria



SOCIFOSA
sociedad científica
española de
formación sanitaria

XXXI Lecciones en Salud Comunitaria.

Fecha de publicación: 30 de abril 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: 978-84-19493-44-6

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

Producción editorial e impresión: Ciencia Sanitaria.

Índice

1	TRATAMIENTO DE HERIDAS COMPLEJAS CON TERAPIA DE PRESIÓN NEGATIVA AMANDA GONZÁLEZ HERNÁNDEZ, ELENA AMOR LIBRAN, NURIA REDONDO HERNANDO, ANDRES GARCÍA SORROCHE Y MARIA CASTELLANOS GÓMEZ	3
2	COMPLICACIONES DE LA FRACTURA DE CADERA EN EL ADULTO MAYOR JESICA FRAILE CUESTA	11
3	EL PAPEL DE LA ENFERMERÍA EN LA PREVENCIÓN DE ENFERMEDADES ÓSEAS AMANDA GONZÁLEZ HERNÁNDEZ, ELENA AMOR LIBRAN, MARIA CASTELLANOS GÓMEZ, ANDRES GARCÍA SORROCHE Y NURIA REDONDO HERNANDO	23
4	PLAN DE CUIDADOS AL PACIENTE CRÍTICO CON COVID RAQUEL RINCON BURGUI	31
5	ROTARIX: EFICAZ FRENTE A LA GASTROENTERITIS EN NIÑOS NURIA REDONDO HERNANDO, AMANDA GONZÁLEZ HERNÁNDEZ, ELENA AMOR LIBRAN, ANDRES GARCÍA SORROCHE Y MARIA CASTELLANOS GÓMEZ	37
6	VALORACIÓN GERIÁTRICA INTEGRAL VANESA FRIERA DE LA RUBIA	43
7	TRANSICIÓN DEL TRATAMIENTO ONCOLÓGICO AL TRATAMIENTO PALIATIVO ANIANA GONZÁLEZ ORTEGA, MARÍA MARÍN SABARIEGO Y MARÍA HIDALGO SÁNCHEZ	47

8	DOLOR IRRUPTIVO: IDENTIFICACIÓN Y CLASIFICACIÓN. ANIANA GONZÁLEZ ORTEGA, MARÍA HIDALGO SÁNCHEZ Y MARÍA MARÍN SABARIEGO	53
9	PREVENCIÓN DEL CONSUMO DE DROGAS DESDE ATENCIÓN PRIMARIA LORENA ORTIZ ORTIZ, SARA MUÑOZ MARÍN Y ELENA MUÑOZ MARÍN	59
10	SÍNDROME DE ABSTINENCIA NEONATAL. DEFINICIÓN. EFECTOS DE LAS SUSTANCIAS TÓXICAS SOBRE EL FETO Y SÍNTOMAS QUE APARECEN EN EL NEONATO MARÍA JOSEFA MOLINA CIUDAD REAL, ANA BELÉN SÁNCHEZ PASTOR, MAEBA RIVAS MUÑOZ, LOURDES SERRANO RABANAL Y MARÍA HERNÁNDEZ SÁNCHEZ	63
11	UTILIZACIÓN DE LA VÍA SUBCUTÁNEA MEDIANTE PERFUSIÓN CONTÍNUA ANIANA GONZÁLEZ ORTEGA, MARÍA MARÍN SABARIEGO Y MARÍA HIDALGO SÁNCHEZ	67
12	LA IMPORTANCIA DEL PAPEL DE LA ENFERMERÍA EN LA ALIMENTACIÓN Y NUTRICIÓN DEL NIÑO SANO MARÍA HERNÁNDEZ SÁNCHEZ, MARÍA JOSEFA MOLINA CIUDAD REAL, MAEBA RIVAS MUÑOZ, ANA BELÉN SÁNCHEZ PASTOR Y LOURDES SERRANO RABANAL	71
13	PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA ESTANDARIZADO EN EL ADULTO MAYOR CON FRACTURA DE CADERA JESICA FRAILE CUESTA	77
14	ABORDAJE DE LA DISFAGIA OROFARÍNGEA EN EL ADULTO MAYOR VANESA FRIERA DE LA RUBIA	83
15	CAÍDAS EN EL ADULTO MAYOR VANESA FRIERA DE LA RUBIA	87

16	MANEJO DE LA DISPAREUNIA EN EL POSTPARTO MAEBA RIVAS MUÑOZ, MARÍA HERNÁNDEZ SÁNCHEZ, MARÍA JOSEFA MOLINA CIUDAD REAL, LOURDES SERRANO RABANAL Y ANA BELÉN SÁNCHEZ PASTOR	91
17	REALIZACIÓN DE LA ESPIROMETRÍA EN ATENCIÓN PRIMARIA. ACTUACIÓN DE ENFERMERÍA ISABEL MARÍA OSSORIO SIMARRO, AMPARO GOMEZ CODINA, VERONICA MARTINEZ FRESNEDA, CARMEN DIAZ TOBARUELA Y DAVID GÓMEZ GUALDA	97
18	ABORDAJE DE LA INCONTINENCIA URINARIA EN EL ANCIANO VANESA FRIERA DE LA RUBIA	101
19	ENFERMERA FRENTE A LA ADENOIDITIS EN LA EDAD TEMPRANA FRANCIISCO CAMACHO SÁCHEZ, CARLA EXPOSITO GONZALEZ, SILVIA NOVAS FERNANDEZ, FRANCISCO RODRIGUEZ GARCIA Y JOSE MARIA MELLADO MOLINA	105
20	ENFERMERIA: INTOXICACIONES EN PEDIATRÍA FRANCIISCO CAMACHO SÁCHEZ, CARLA EXPOSITO GONZALEZ, SILVIA NOVAS FERNANDEZ, FRANCISCO RODRIGUEZ GARCIA Y JOSE MARIA MELLADO MOLINA	109
21	CUIDADOS DE ENFERMERÍA A PACIENTES QUE HAN SUFRIDO UNA HEMORRAGIA SUBARACNOIDEA FRANCIISCO CAMACHO SÁCHEZ, CARLA EXPOSITO GONZALEZ, SILVIA NOVAS FERNANDEZ, FRANCISCO RODRIGUEZ GARCIA Y JOSE MARIA MELLADO MOLINA	115
22	DEPRESIÓN Y TRASTORNO DE ANSIEDAD EN EL ADULTO JÓVEN. PATRICIA CANTERO DE JULIÁN	123
23	ABORDAJE DEL PACIENTE ANTICOAGULADO EN ATENCIÓN PRIMARIA ELENA MUÑOZ MARÍN, LORENA ORTIZ ORTIZ Y SARA MUÑOZ MARÍN	127

24 INTERVENCIONES EN LA ENFERMERIA A NIVEL ESCOLAR CON ALUMNOS SIN DISCAPACIDADES	
HÉCTOR LÓPEZ PERAL, MERCEDES GARCÍA GARCÍA, SERGIO LOPEZ MORCILLO, JAVIER GARCIA JATIVA Y ANA MARIA CARRETERO FERNANDEZ	131
25 CONOCIMIENTOS SOBRE EL TEMA DE ENFERMERIA DE FRAGILIDAD EN EL ANCIANO	
HÉCTOR LÓPEZ PERAL, MERCEDES GARCÍA GARCÍA, SERGIO LOPEZ MORCILLO, JAVIER GARCIA JATIVA Y ANA MARIA CARRETERO FERNANDEZ	135
26 CUIDADOS BÁSICOS Y PREVENCIÓN DE ENFERMERÍA CON PATOLOGÍAS CARDÍACAS	
HÉCTOR LÓPEZ PERAL, MERCEDES GARCÍA GARCÍA, SERGIO LOPEZ MORCILLO, JAVIER GARCIA JATIVA Y ANA MARIA CARRETERO FERNANDEZ	139
27 ENFERMERÍA EN LA HEMORRAGIA POSTPARTO	
BEATRIZ ROSADO TOMÁS, ESTHER RAMOS PAVÓN, REBECA DEL OLMO GONZÁLEZ, MARIA BLANCO SANABRIA Y PRADO SANCHEZ FIGUEIRA	143
28 ENFERMERÍA EN EL CONTROL DEL GRADO DE EXPOSICIÓN A AGENTES CITOSTÁTICOS	
BEATRIZ ROSADO TOMÁS, ESTHER RAMOS PAVÓN, REBECA DEL OLMO GONZÁLEZ, MARIA BLANCO SANABRIA Y PRADO SANCHEZ FIGUEIRA	149
29 ENFERMERÍA EN PACIENTE CON GLIOBLASTOMA MULTIFORME	
BEATRIZ ROSADO TOMÁS, ESTHER RAMOS PAVÓN, REBECA DEL OLMO GONZÁLEZ, MARIA BLANCO SANABRIA Y PRADO SANCHEZ FIGUEIRA	153
30 MATRIZ DE PRIORIDADES COMO HERRAMIENTA QUE AYUDA A IDENTIFICAR PROBLEMAS DE SALUD PREVALENTES EN UNA COMUNIDAD	
ANA YESICA FERNÁNDEZ MENÉNDEZ, INMACULADA GARCIA FERNANDEZ Y LUCIA MARTINEZ ARIAS	157

31	IMPORTANCIA DE LA DIETA EN PACIENTES OBESOS CRISTINA BUGALLO PEREZ	161
32	DIETA EN PACIENTES CON VIRUS DE LA INMUNODEFICIENCIA HUMANA (VIH) CRISTINA BUGALLO PEREZ	169
33	DIETA PREVENTIVA DEL CÁNCER CRISTINA BUGALLO PEREZ	173
34	DETECCIÓN Y NOTIFICACIÓN DE LA DIFTERIA MARIA GORRIZ ALCAT Y CRISTINA GORRIZ ALCAT	179
35	INDICADORES DE SALUD MARIA GORRIZ ALCAT Y CRISTINA GORRIZ ALCAT	187
36	CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN LA CIRUGÍA DE ANTEPIÉ MEDIANTE CIRUGÍA PERCUTÁNEA ALICIA MONREAL RUIZ, ROSALÍA MONREAL RUIZ, LIDA ESTHER VIDAL PELAEZ, MARIA ANGELES RUIZ REYES Y ANA BELEN CORTES VELA	193
37	EMPLEO DE LA VÍA SUBCUTÁNEA POR ENFERMERÍA EN EL PACIENTE TERMINAL ALICIA MONREAL RUIZ, ROSALÍA MONREAL RUIZ, LIDA ESTHER VIDAL PELAEZ, MARIA ANGELES RUIZ REYES Y ANA BELEN CORTES VELA	201
38	ENFERMERÍA: NUTRICIÓN EN EL PACIENTE POLITRAUMATIZADO GRAVE ALICIA MONREAL RUIZ, ROSALÍA MONREAL RUIZ, LIDA ESTHER VIDAL PELAEZ, MARIA ANGELES RUIZ REYES Y ANA BELEN CORTES VELA	207
39	CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN PACIENTES CON PROBLEMAS DE ESPINA BÍFIDA MARIA DE AFRICA RIVAS MONTES	211
40	BULIMIA NERVIOSA: PREVENCIÓN MARIA GORRIZ ALCAT Y CRISTINA GORRIZ ALCAT	215

41	EL TRATAMIENTO DIRIGIDO DE LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL EN EL ÁMBITO DE LA ATENCIÓN PRIMARIA SARA MUÑOZ MARÍN, LORENA ORTIZ ORTIZ Y ELENA MUÑOZ MARÍN	221
42	LA DEPRESIÓN EN EL ADULTO MAYOR MARIA GORRIZ ALCAT Y CRISTINA GORRIZ ALCAT	227
43	LA IMPORTANCIA DE MANTENER BUENOS HÁBITOS DE SALUD BUCAL EN NIÑOS ANA BELÉN SÁNCHEZ PASTOR, MARÍA JOSEFA MOLINA CIUDAD REAL, MARÍA HERNÁNDEZ SÁNCHEZ, MAEBA RIVAS MUÑOZ Y LOURDES SERRANO RABANAL	239
44	EL SISTEMA INMUNITARIO Y SUS REACCIONES INMUNOLÓGICAS INVESTIGACIÓN POR ENFERMERÍA MARIA RODRIGO GAMARRA, TATIANA CUESTA MATEOS, SERGIO RODRÍGUEZ CAÑAMERO, SARA FERNÁNDEZ ARROYO Y FRANCISCO JAVIER LÓPEZ MOLINA	247
45	CONSECUENCIAS PSIQUIÁTRICAS Y ORGÁNICAS DE LA ANOREXIA: EXPOSICIÓN POR ENFERMERÍA SARA FERNÁNDEZ ARROYO, MARIA RODRIGO GAMARRA, TATIANA CUESTA MATEOS, SERGIO RODRÍGUEZ CAÑAMERO Y FRANCISCO JAVIER LÓPEZ MOLINA	251
46	INTERVENCION Y DETECCION DE LA VIOLENCIA DE GENERO INTRAFAMILIAR EN LAS CONSULTAS DE PEDIATRIA DE ATENCIÓN PRIMARIA INMACULADA GARCIA FERNANDEZ, LUCIA MARTINEZ ARIAS Y ANA YESICA FERNÁNDEZ MENÉNDEZ	255
47	INTERVENCIONES Y ESTUDIO DE ENFERMERÍA EN LA APARICIÓN DE NÁUSEAS Y EMESIS FRANCISCO JAVIER LÓPEZ MOLINA, MARIA RODRIGO GAMARRA, TATIANA CUESTA MATEOS, SERGIO RODRÍGUEZ CAÑAMERO Y SARA FERNÁNDEZ ARROYO	261

48 SEGUIMIENTO DOMICILIARIO SOBRE LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA A PUÉRPERAS	
LUCIA MARTINEZ ARIAS, ANA YESICA FERNÁNDEZ MENÉNDEZ Y INMACULADA GARCIA FERNANDEZ	267
49 ACTUACIÓN ANTE UNA HEMORRAGIA POSTPARTO: GUÍA DE ACTUACIÓN PARA MATRONAS Y ENFERMERAS	
TERESA APEZTEGUIA PALMA, AMAYA SEVILLANO SÁNCHEZ, ANGELA GARCÍA ANDRÉS Y MIREN IZCO OREJA	271
50 ENFERMERIA : ENFERMEDADES NEURODEGENERATIVAS CON ACÚMULO CEREBRAL DE HIERRO	
DANIEL ORDÓÑEZ ZAMORANO, MARÍA DE LA CRUZ RODRÍGUEZ, ALBERTO ORDOÑEZ ZAMORANO, ANDREA PALOMARES MUELA Y LUZ MARÍA CARREÑO TÉBAR	279
51 ENFERMERIA :ESCLEROSIS MÚLTIPLE Y MATERNIDAD	
DANIEL ORDÓÑEZ ZAMORANO, MARÍA DE LA CRUZ RODRÍGUEZ, ALBERTO ORDOÑEZ ZAMORANO, ANDREA PALOMARES MUELA Y LUZ MARÍA CARREÑO TÉBAR	283
52 ENFERMERIA Y LA VACUNACIÓN EN MUJERES EMBARAZADAS	
DANIEL ORDÓÑEZ ZAMORANO, MARÍA DE LA CRUZ RODRÍGUEZ, ALBERTO ORDOÑEZ ZAMORANO, ANDREA PALOMARES MUELA Y LUZ MARÍA CARREÑO TÉBAR	289
53 ENFERMERIA: DÉFICIT DE ALFA-1 ANTITRIPSINA	
ANDREA ESTHER GARCÍA CAÑADILLA, ROXANA MARIBEL GUILLÉN MORENO, PATRICIA PLAZA GÓMEZ, LUCÍA DIAZ GONZALEZ GARCIA ROMERAL Y JESSICA VICTORIA CAMPO ISIDORO	295
54 ENFERMERIA Y SUS CUIDADOS DE LA FÍSTULA ARTERIOVENOSA	
ANDREA ESTHER GARCÍA CAÑADILLA, ROXANA MARIBEL GUILLÉN MORENO, PATRICIA PLAZA GÓMEZ, LUCÍA DIAZ GONZALEZ GARCIA ROMERAL Y JESSICA VICTORIA CAMPO ISIDORO	301

55	COMPLICACIONES DE LA LACTANCIA MATERNA POR PARTE DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA	
	ANDREA ESTHER GARCÍA CAÑADILLA, ROXANA MARIBEL GUILLÉN MORENO, PATRICIA PLAZA GÓMEZ, LUCÍA DIAZ GONZALEZ GARCIA ROMERAL Y JESSICA VICTORIA CAMPO ISIDORO	309
56	CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN LA DIABETES GESTACIONAL	
	LOURDES SERRANO RABANAL, MARÍA JOSEFA MOLINA CIUDAD REAL, MARÍA HERNÁNDEZ SÁNCHEZ, MAEBA RIVAS MUÑOZ Y ANA BELÉN SÁNCHEZ PASTOR	315
57	EXPOSICIÓN POR ENFERMERÍA DE CARACTERÍSTICAS Y CONJUNTO DE CAMBIOS EN LA ADOLESCENCIA	
	SILVIA FUERTES SANCHEZ, PAULA JIMÉNEZ BALLESTEROS, DIEGO HIGUERA GARCÍA, EVA PUÑAL ORTEGA Y ROCÍO TROYANO SOLA	319
58	ENFERMERÍA EN LAS PAUTAS DE RECOMENDACIONES ANTICONCEPTIVAS	
	EVA PUÑAL ORTEGA, SILVIA FUERTES SANCHEZ, PAULA JIMÉNEZ BALLESTEROS, DIEGO HIGUERA GARCÍA Y ROCÍO TROYANO SOLA	323
59	DIAGNÓSTICO, COMPLICACIONES Y TRATAMIENTO EN LAS CRISIS HIPERTENSIVAS POR ENFERMERÍA	
	ROCÍO TROYANO SOLA, SILVIA FUERTES SANCHEZ, PAULA JIMÉNEZ BALLESTEROS, DIEGO HIGUERA GARCÍA Y EVA PUÑAL ORTEGA	327
60	EL PAPEL DE LOS ENFERMEROS EN LA HIPOTERMIA TERAPEUTICA NEONATAL	
	MONICA CORTES ORMEÑO, REBECA SALINAS GONZÁLEZ, ROSA CRUZ MORALES, SHEILA MARÍA PERÉZ CAPOTE Y SILVIA GARCIA MORALES	333
61	PROCEDIMIENTO DE HEMOCULTIVO POR EL PERSONA DE ENFERMERÍA	
	MONICA CORTES ORMEÑO, ROSA CRUZ MORALES, REBECA SALINAS GONZÁLEZ, SHEILA MARÍA PERÉZ CAPOTE Y SILVIA GARCIA MORALES	339

62	PROCEDIMIENTO DEL PERSONAL ENFERMERO EN LA APLICACIÓN DE CREMA ANESTESICA TÓPICA MONICA CORTES ORMEÑO, ROSA CRUZ MORALES, REBECA SALINAS GONZÁLEZ, SHEILA MARÍA PERÉZ CAPOTE Y SILVIA GARCIA MORALES	343
63	ALIMENTACIÓN MEDIANTE BABY LED WEANING. CREENCIAS, VENTAJAS E INCONVENIENTES ALEJANDRA GARCIA DELGADO Y MARÍA FRANCISCA CASTAÑO PILO	347
64	CALIDAD DE VIDA EN MUJERES CON INCONTINENCIA URINARIA CRISTINA GORRIZ ALCAT Y MARIA GORRIZ ALCAT	353
65	LA IMPORTANCIA DE LA ENFERMERA ESCOLAR Y SUS FUNCIONES SARA GARCÍA FELIPE	359
66	FACTORES DE RIESGO QUE MÁS SE REPITEN EN LAS CAÍDAS ENTRE LAS PERSONAS MAYORES CRISTINA GORRIZ ALCAT Y MARIA GORRIZ ALCAT	365
67	ENFERMERIA: ANAFILAXIA PEDIÁTRICA MARIA DEL PILAR JUAREZ MERINO, SANDRA SÁNCHEZ VIUDAS, ANA MARIA CAMARENA LILLO, BEATRIZ GALLEGO CEJUDO Y JOSE VIGARA ALMANSA	371
68	ENFERMERIA : INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO MARIA DEL PILAR JUAREZ MERINO, SANDRA SÁNCHEZ VIUDAS, ANA MARIA CAMARENA LILLO, BEATRIZ GALLEGO CEJUDO Y JOSE VIGARA ALMANSA	375
69	ENFERMERIA: EL AISLAMIENTO HOSPITALARIO MARIA DEL PILAR JUAREZ MERINO, JOSE VIGARA ALMANSA, SANDRA SÁNCHEZ VIUDAS, ANA MARIA CAMARENA LILLO Y BEATRIZ GALLEGO CEJUDO	379

70 ABORDAJE DE LA OBESIDAD INFANTIL POR PARTE DE LA ENFERMERÍA EN ATENCIÓN PRIMARIA HAYAR MOHAMED ABDELKADER	383
71 EXTRACCIÓN MANUAL DE LECHE MATERNA. TECNICA MARMET MARINA LLOSA VILLA	387
72 VALORACIÓN GERIÁTRICA INTEGRAL DEL ANCIANO EN UNA CONSULTA DE ENFERMERIA CRISTINA GORRIZ ALCAT Y MARIA GORRIZ ALCAT	391
73 LA PELIGROSA MODA DEL CHEMSEX MONTSERRAT MARCOS MONTAÑA, MIRIAM PEREZ SAINERO Y CRISTINA MORENO SÁNCHEZ	397
74 INTERVENCIÓN EN CRISIS CRISTINA MORENO SÁNCHEZ, MONTSERRAT MARCOS MONTAÑA Y MIRIAM PEREZ SAINERO	401
75 EDUCACIÓN SEXUAL EN ADOLESCENTES CON TRASTORNO BIPOLAR MIRIAM PEREZ SAINERO, CRISTINA MORENO SÁNCHEZ Y MONTSERRAT MARCOS MONTAÑA	405
76 PACIENTE PEDIÁTRICO CON HIPERTERMIA. CUIDADOS DE ENFERMERÍA MARÍA FRANCISCA CASTAÑO PILO Y ALEJANDRA GARCIA DELGADO	409
77 MANEJO DEL DOLOR EN LA DISMENORREA PRIMARIA INCAPACITANTE POR PARTE DEL PERSONAL ENFERMERO FRANCISCO LÓPEZ CAMACHO, ADELA GILGADO DAVILA Y TAMARA MERCEDES HERNÁNDEZ RAMÍREZ	413
78 LOS CUIDADOS DE ENFERMERIA Y COMPLICACIONES DEL PACIENTE OSTOMIZADO ANA CRISTINA SERRANO GUDE, PILAR ZAMORA ALCÁZAR, CRISTINA OLMEDO PINTADO, PARASCHIVA AMBROZE Y MARIA JOSE FERNANDEZ RELUCIO	417

79 ENFERMERIA : INFECCIONES URINARIAS EN LA POBLACIÓN ANCIANA	
ANA CRISTINA SERRANO GUDE, PILAR ZAMORA ALCÁZAR, CRISTINA OLMEDO PINTADO, PARASCHIVA AMBROZE Y MARIA JOSE FERNANDEZ RELUCIO	421
80 ENFERMERÍA EN LA DETECCIÓN PRECOZ DE ENFERMEDADES CONGÉNITAS ENDOCRINAS Y METABÓLICAS	
ANA CRISTINA SERRANO GUDE, PILAR ZAMORA ALCÁZAR, CRISTINA OLMEDO PINTADO, PARASCHIVA AMBROZE Y MARIA JOSE FERNANDEZ RELUCIO	425
81 CRITERIOS DE CALIDAD EN PROMOCIÓN DE LA SALUD	
M. DOLORES BAOS ARANDA, JOSE ESTEBAN ZAPATA LOPEZ, NATALIA DEL FRESNO LÓPEZ, VICTAR ARCOS CIORRAGA Y NOELIA DELGADO ARROYO	431
82 MANEJO Y TRATAMIENTO DE LA NEUMONÍA EN URGENCIAS PEDIÁTRICAS DE ATENCIÓN PRIMARIA	
M. DOLORES BAOS ARANDA, JOSE ESTEBAN ZAPATA LOPEZ, NATALIA DEL FRESNO LÓPEZ, VICTAR ARCOS CIORRAGA Y NOELIA DELGADO ARROYO	441
83 INTERVENCIÓN EMOCIONAL EN PACIENTE CON PROBLEMAS MENTALES	
AREY GOMEZ MENENDEZ	445
84 TERAPIA DE ANTICOAGULACIÓN ORAL CON SINTROM®	
DAVID GÓMEZ GUALDA, CARMEN DIAZ TOBARUELA, ISABEL MARÍA OSSORIO SIMARRO, VERONICA MARTINEZ FRESNEDA Y AMPARO GOMEZ CODINA	455
85 COMPLICACIONES METABÓLICAS EN LA CETOACIDOSIS DIABÉTICA EN LA INFANCIA	
CRISTINA GORRIZ ALCAT Y MARIA GORRIZ ALCAT	461
86 ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EN LA NEURALGIA POSTHERPÉTICA, PLAN DE CUIDADOS ESTANDARIZADO	
MARÍA AMORES PAVO	471

87 CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN PACIENTES CON ÚLCERAS VASCULARES MARÍA AMORES PAVO	477
88 CALIDAD EN LOS CUIDADOS DE ENFERMERÍA MARÍA AMORES PAVO	481
89 NORMAS PARA LA ADMINISTRACIÓN SEGURA DE MEDICAMENTOS VIA PARENTERAL M. DOLORES BAOS ARANDA, JOSE ESTEBAN ZAPATA LOPEZ, NATALIA DEL FRESNO LÓPEZ, VICTAR ARCOS CIORRAGA Y NOELIA DELGADO ARROYO	485
90 ACTUACIÓN Y SEGUIMIENTO DE ENFERMERÍA EN ATENCIÓN PRIMARIA ANTE CASOS DE OBESIDAD INFANTIL ELENA MALAGÓN SALCEDO, SANDRA GONZALEZ PARIENTE MARTIN SERRANO, MARTA GONZÁLEZ MOHÍNO SÁNCHEZ MONTAÑÉS, TRINIDAD JIMENEZ DE LOS GALANES SÁNCHEZ Y RAQUEL LUNA PARRILLA	493
91 PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EN UN PACIENTE: PLAN DE CUIDADOS ELENA MALAGÓN SALCEDO, SANDRA GONZALEZ PARIENTE MARTIN SERRANO, MARTA GONZÁLEZ MOHÍNO SÁNCHEZ MONTAÑÉS, TRINIDAD JIMENEZ DE LOS GALANES SÁNCHEZ Y RAQUEL LUNA PARRILLA	499
92 ENFERMERIA : LA "TETAANALGESIA": MÉTODO PARA DISMINUIR EL DOLOR EN EL LACTANTE EN EL ACTO VACUNACIONAL ELENA MALAGÓN SALCEDO, MARTA GONZÁLEZ MOHÍNO SÁNCHEZ MONTAÑÉS, SANDRA GONZALEZ PARIENTE MARTIN SERRANO, TRINIDAD JIMENEZ DE LOS GALANES SÁNCHEZ Y RAQUEL LUNA PARRILLA	507
93 CUIDADOS DE ENFERMERIA A UN PACIENTE CON HIPERTENSIÓN ADELA RUIZ MUÑOZ, ELENA MELERO MORENO, RODRIGO MARTÍN DE LA SIERRA RUIZ DE PASCUAL, BEATRIZ HUERTAS LÓPEZ Y MARTA MONESCILLO CABALLERO	513

- 94 ENFERMERIA: ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA CON EL MÉTODO BABY- LED WEANING (BLW)**
ADELA RUIZ MUÑOZ, ELENA MELERO MORENO, RODRIGO MARTÍN DE LA SIERRA RUIZ DE PASCUAL, BEATRIZ HUERTAS LÓPEZ Y MARTA MONESCILLO CABALLERO 517
- 95 ACTUACIÓN DE ENFERMERIA FRENTE A LOS GRUPOS ANTIVACUNAS EN LA EDAD INFANTIL**
ADELA RUIZ MUÑOZ, ELENA MELERO MORENO, RODRIGO MARTÍN DE LA SIERRA RUIZ DE PASCUAL, BEATRIZ HUERTAS LÓPEZ Y MARTA MONESCILLO CABALLERO 523
- 96 A PROPÓSITO DE UN CASO CLÍNICO: ESQUIZOFRENIA PARANOIDE, REPERCUSIÓN EN EL FUNCIONAMIENTO SOCIAL Y “RECUPERACION”**
MARTA ALAMEDA BLANCO 527
- 97 CUIDADOS ENFERMEROS EN LESIONES MUSCULARES Y TENDINOSAS**
M. DOLORES BAOS ARANDA, JOSE ESTEBAN ZAPATA LOPEZ, NATALIA DEL FRESNO LÓPEZ, VICTAR ARCOS CIORRAGA Y NOELIA DELGADO ARROYO 537
- 98 ENFERMERÍA EN EL CUIDADO DE LA FÍSTULA ARTERIOVENOSA PARA HEMODIÁLISIS**
ROCIO LOPEZ RODRIGUEZ, VIRGINIA PALACIN RUBIO, RAQUEL GARCÍA, ISMAEL RAMÍREZ LÓPEZ Y MARIA JOSE CARABAÑO MARIBLANCA 547
- 99 ENFERMERIA: ABDOMINALGIA EN RELACIÓN CON ROTURA DE BAZO ESPONTÁNEA**
ROCIO LOPEZ RODRIGUEZ, VIRGINIA PALACIN RUBIO, RAQUEL GARCÍA, ISMAEL RAMÍREZ LÓPEZ Y MARIA JOSE CARABAÑO MARIBLANCA 553
- 100 ENFERMERIA: OTOEMISIONES ACÚSTICAS EN RECIÉN NACIDOS**
ROCIO LOPEZ RODRIGUEZ, VIRGINIA PALACIN RUBIO, RAQUEL GARCÍA, ISMAEL RAMÍREZ LÓPEZ Y MARIA JOSE CARABAÑO MARIBLANCA 557

101 DIABETES MELLITUS EN LA EDAD PEDIÁTRICA Y ENFERMERÍA BARBARA GARCÍA ALVAREZ	561
102 LA ENFERMERÍA EN EL PACIENTE ANTICOAGULADO MARIA DEL CARMEN BAÑÓN MARTÍN, LAURA LÓPEZ RAMÍREZ, LAURA VIGIL GONZALEZ, SARA FERRERÍA IGLESIAS Y CLARA FERNÁNDEZ GONZÁLEZ	567
103 PROBLEMAS ERGONÓMICOS EN EL PERSONAL DE ENFERMERÍA MARÍA CACHERO MUÑIZ, DAVID REDRUELLO RIVERO, LUCÍA SOTO DOMÍNGUEZ, MARÍA BELÉN MATANZA VALDÉS Y LAURA IÑIGO GARGANTIEL	573
104 ENFERMERIA EN RELACIÓN CON LAS ÚLCERAS VASCULARES. REVISION BIBLIOGRÁFICA SHEILA DÍAZ MOLINA, NOELIA GÓMEZ MUÑOZ, ROCÍO MONDÉJAR NAVARRO, ESTER MARIA RUBIO SANCHEZ Y SARAY ESTRADA FERNÁNDEZ	577
105 ACTUACIÓN DE ENFERMERÍA EN CUANTO AL TRATAMIENTO DEL DOLOR ONCOLÓGICO. REVISION BIBLIOGRAFICA. NOELIA GÓMEZ MUÑOZ, SHEILA DÍAZ MOLINA, ROCÍO MONDÉJAR NAVARRO, ESTER MARIA RUBIO SANCHEZ Y MONICA ALONSO ALONSO	581
106 LA INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA EN LA SINEQUIA VULVAR. REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA. ROCÍO MONDÉJAR NAVARRO, ESTER MARIA RUBIO SANCHEZ, NOELIA GÓMEZ MUÑOZ, SHEILA DÍAZ MOLINA Y MONICA ALONSO ALONSO	585
107 ENFERMERÍA ESCOLAR Y EDUCATIVA: UNA REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA LUCÍA SOTO DOMÍNGUEZ, MARÍA CACHERO MUÑIZ, DAVID REDRUELLO RIVERO, MARÍA BELÉN MATANZA VALDÉS Y ANDRES MARTINEZ SUAREZ	589
108 ENFERMERÍA Y EL MANEJO DE FÁRMACOS CITOSTÁTICOS ALEJANDRO HERNANDEZ LLORENS	593

109 TÉCNICAS DIAGNÓSTICAS DURANTE EL EMBARAZO CRISTINA GORRIZ ALCAT Y MARIA GORRIZ ALCAT	599
110 TOMA DE MUESTRA DE SANGRE DE TALÓN IMPREGNADA EN PAPEL PARA LA DETECCIÓN PRECOZ NEONATAL DE ENFERMEDADES CONGÉNITAS ENDOCRINAS Y METABÓLICAS AMPARO GOMEZ CODINA, ISABEL MARÍA OSSORIO SIMARRO, VERONICA MARTINEZ FRESNEDA, DAVID GÓMEZ GUALDA Y CARMEN DIAZ TOBARUELA	607
111 CUIDADOS AL ALTA DEL PACIENTE INTERVENIDO DE FRACTURA SUBCAPITAL DE CADERA JORGE JUBERA SÁENZ Y SARA LEÓN PÉREZ	611
112 ENFOQUES NO FARMACOLÓGICOS EN EL TRATAMIENTO DE LA DEMENCIA ANA MARÍA ALVAREZ FUEYO Y LAURA GARCIA MARTINEZ	615
113 TRASTORNOS DEL SUEÑO EN LA INFANCIA: DIFERENCIACIÓN ENTRE TERRORES NOCTURNOS Y PESADILLAS BARBARA GARCÍA ALVAREZ	625
114 TÉCNICA DE ENFERMERÍA EN LA COLOCACIÓN DE SONDAGE VESICAL EN ATENCIÓN HOSPITALARIA BELÉN GONZÁLEZ CARO, CRISTINA GALLEGO TIRADO, CELIA LEÓN OLMEDO, ONEIDA DE LA CRUZ JIMENEZ Y ALEJANDRA ATIÉNZAR PÉREZ	629
115 DACRIOCISTECTOMÍA POR LASER. CUIDADOS DE ENFERMERÍA BELÉN GONZÁLEZ CARO, CRISTINA GALLEGO TIRADO, CELIA LEÓN OLMEDO, ONEIDA DE LA CRUZ JIMENEZ Y ALEJANDRA ATIÉNZAR PÉREZ	633
116 CUIDADOS INTRAOPERATORIOS DE ENFERMERÍA EN LA ARTROSCOPIA DE MUÑECA BELÉN GONZÁLEZ CARO, CRISTINA GALLEGO TIRADO, CELIA LEÓN OLMEDO, ONEIDA DE LA CRUZ JIMENEZ Y ALEJANDRA ATIÉNZAR PÉREZ	639

117 METODO KASSING: CÓMO DAR EL BIBERÓN MARINA LLOSA VILLA	647
118 DISNEA EN UN PACIENTE PEDIÁTRICO CARMEN DÍAZ PALACIO	651
119 LA ATENCION DE ENFERMERIA EN LA PREVENCION DE LESIONES ASOCIADAS AL PIE DIABETICO ANA BELEN CRUZ CALLE, MARIA DEL PILAR GOMEZ MENENDEZ, ANA LÓPEZ ARANGO, AZUCENA MONJARDÍN PASARÍN Y ESTEFANIA GARCIA AVELLON	655
120 HIGIENE BUCODENTAL EN LA INFANCIA MARINA LLOSA VILLA	661
121 SINDROME DE SOBRECARGA DEL CUIDADOR MARIA DEL PILAR GOMEZ MENENDEZ, ANA LÓPEZ ARANGO, AZUCENA MONJARDÍN PASARÍN, ESTEFANIA GARCIA AVELLON Y EVA MENÉNDEZ RODRÍGUEZ	665
122 DEPORTE Y OSTEOPOROSIS EVA MENÉNDEZ RODRÍGUEZ, ANA BELEN CRUZ CALLE, MARIA DEL PILAR GOMEZ MENENDEZ, ANA LÓPEZ ARANGO Y AZUCENA MONJARDÍN PASARÍN	671
123 PRINCIPIOS GENERALES SOBRE EL CONTROL DEL DOLOR EN EL PACIENTE PALIATIVO LAURA ESPINA FERNÁNDEZ	677
124 CASO CLINICO: ANQUILOGLOSIA DEL LACTANTE Y GRIETAS DEL PEZÓN, ABORDAJE DESDE LA CONSULTA DE LA MATRONA ALEJANDRA DE LA VEGA DE LA RIVA	685
125 ENFERMERÍA: FISIOLÓGÍA DEL INTERCAMBIO GASEOSO MARTA GARCIA VAZQUEZ, JUAN PABLO BORRERO REBOLLO Y DIANA OUVIÑA ACEVEDO	689
126 LA UTILIZACIÓN DE LA VIA INTRAÓSEA POR PARTE DE ENFERMERÍA. REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA MONICA ALONSO ALONSO Y MARÍA NIETO DE LA TORRE	693

127	ENFERMERIA: EL PACIENTE TRAQUEOSTOMIZADO JUAN PABLO BORRERO REBOLLO, DIANA OUVIÑA ACEVEDO Y MARTA GARCIA VAZQUEZ	701
128	LA DIABETES EN NIÑOS Y ADOLESCENTES: POSIBLES CAUSAS Y CONSECUENCIAS MARÍA JOSÉ QUINTANA BARRETO	705
129	EL TÉCNICO DE CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN LAS TAREAS DE PREVENCIÓN DE RIESGOS LABORALES: MARÍA DEL PILAR ROMERO GONZALEZ, ALBA ARNÉS MUELA Y MARIA DE LAS MERCEDES MARTÍNEZ SÁNCHEZ	709
130	EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA Y EL RECIÉN NACIDO PREMATURO, PROCEDIMIENTOS RELACIONADOS CON SUS CUIDADOS MARIA DE LAS MERCEDES MARTÍNEZ SÁNCHEZ, MARÍA DEL PILAR ROMERO GONZALEZ Y ALBA ARNÉS MUELA	715
131	EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA Y LAS ÚLCERAS POR PRESIÓN ALBA ARNÉS MUELA, MARIA DE LAS MERCEDES MARTÍNEZ SÁNCHEZ Y MARÍA DEL PILAR ROMERO GONZALEZ	723
132	TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERIA (TCAE) EN EL AMBITO SANITARIO: CONSTANTES VITALES.TEMPERATURA Y PROCEDIMIENTOS DE MEDICIÓN DE ESTA. BEATRIZ SÁNCHEZ GONZÁLEZ Y TAMARA POZO SÁNCHEZ ARCHIDONA	729
133	LOS MULTIPLES BENEFICIOS DE LA LACTANCIA MATERNA ROSA MARIA GONZALEZ IGLESIAS, MARÍA DEL ROCÍO MENÉNDEZ PÉREZ, LAURA PARAION PARAION, Mª ARGENTINA YAÑEZ ALVAREZ Y ROSA MESA MENDEZ	735

- 134 **TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERIA (TCAE)
EN EL ÁMBITO SANITARIO: CONSTANTES VITALES.TENSIÓN
ARTERIAL Y PROCEDIMIENTO DE MEDIDA DE LA TENSIÓN.
TAMARA POZO SÁNCHEZ ARCHIDONA Y BEATRIZ SÁNCHEZ
GONZÁLEZ** 739
- 135 **EL PAPEL DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE
ENFERMERÍA (TCAE) EN LA ALIMENTACIÓN Y NUTRICIÓN DE
LAS PERSONAS MAYORES INSTITUCIONALIZADAS
MARIA ANGELES GARCÍA SUÁREZ, LEIDY DANIELA SALAZAR
BOLIVAR Y CLAUDIA ROBREDO GARCÍA** 745
- 136 **ATENCIÓN Y CUIDADOS DEL TÉCNICO EN CUIDADOS
AUXILIARES DE ENFERMERÍA A LAS NECESIDADES BÁSICAS DEL
ANCIANO
LEIDY DANIELA SALAZAR BOLIVAR, CLAUDIA ROBREDO GARCÍA
Y MARIA ANGELES GARCÍA SUÁREZ** 753
- 137 **REHABILITACIÓN DE PERSONAS CON DROGODEPENDENCIA
MARÍA GRANDA ÁLVAREZ, MONICA ARDURA RODRIGUEZ,
ESTHER GARCIA ALVAREZ, LETICIA SUÁREZ LEAL Y ANA ISABEL
PRENDES FERNÁNDEZ** 757
- 138 **REQUERIMIENTOS EN EL RECIÉN NACIDO O BEBÉ: EXPOSICIÓN
POR EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA
JENNIFER EMILIANA DELGADO FLORES, NATIVIDAD GEMA PÉREZ
FDEZ DE QUERO, CARMEN VAZQUEZ JIMENEZ, NICOLAS GARCIA
QUILES Y GEMA HUERTAS MONREAL** 761
- 139 **TÉCNICA DE IONTOFORESIS EXPOSICIÓN POR EL TÉCNICO EN
CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA
NICOLAS GARCIA QUILES, JENNIFER EMILIANA DELGADO FLORES,
NATIVIDAD GEMA PÉREZ FDEZ DE QUERO, CARMEN VAZQUEZ
JIMENEZ Y GEMA HUERTAS MONREAL** 765

140	MEDICAMENTOS SU MANTENIMIENTO Y ALMACENAJE POR EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA GEMA HUERTAS MONREAL, JENNIFER EMILIANA DELGADO FLORES, NATIVIDAD GEMA PÉREZ FDEZ DE QUERO, CARMEN VAZQUEZ JIMENEZ Y NICOLAS GARCIA QUILES	769
141	LA IMPORTANCIA DE LA PREVENCIÓN EN LAS ÚLCERAS POR PRESIÓN POR EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA JESSICA MATEOS DE ARRIBA GARCIA MIGUEL, KATTY MARICELA REYES HEREDIA, SONIA SIERRA COLLAZOS, ESMERALDA LAJARA MERCHANTTE Y MARGARITA VIGARA NUÑEZ	773
142	COMPETENCIAS EN UN SONDAJE URINARIO DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA ESMERALDA LAJARA MERCHANTTE, JESSICA MATEOS DE ARRIBA GARCIA MIGUEL, KATTY MARICELA REYES HEREDIA, SONIA SIERRA COLLAZOS Y MARGARITA VIGARA NUÑEZ	779
143	TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA ESTUDIO DE LOS CUIDADOS Y LAS SENSACIONES DEL PACIENTE CON COLOSTOMÍA MARGARITA VIGARA NUÑEZ, JESSICA MATEOS DE ARRIBA GARCIA MIGUEL, KATTY MARICELA REYES HEREDIA, SONIA SIERRA COLLAZOS Y ESMERALDA LAJARA MERCHANTTE	783
144	EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA COMO CUIDADOR DEL ENFERMO CON ALZHEIMER LUCIA MONTOTO RODRIGUEZ	787
145	LA IMPORTANCIA DE LA PSICOLOGÍA DEL PACIENTE YAIZA GÓMEZ MARTIN	793
146	LA COMUNICACIÓN Y ATENCIÓN DEL TÉCNICO EN CUIDADOS DE ENFERMERÍA CON EL PACIENTE CRÍTICO EN LA UCI Y SU FAMILIA LUCIA MONTOTO RODRIGUEZ	797

- 147 ENDOMETRIOSIS . ASPECTOS EPIDEMIOLOGICOS Y GENERALES
DE LA ENFERMEDAD**
CLAUDIA RODRIGUEZ LOPEZ 801
- 148 SERVICIO CERRADO: LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS Y
EL TECNICO DE CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERIA**
MARÍA DEL PILAR PONCE VILLALTA, ISABEL RAMÍREZ ORTIZ, EVA
MARIA GONZÁLEZ TOMÁS, MANUELA GARCIA LUNA Y FÁTIMA
PÉREZ DURO 805
- 149 EL AREA DE URGENCIAS Y EL TECNICO DE CUIDADOS
AUXILIARES DE ENFERMERIA**
MARÍA DEL PILAR PONCE VILLALTA, ISABEL RAMÍREZ ORTIZ, EVA
MARIA GONZÁLEZ TOMÁS, MANUELA GARCIA LUNA Y FÁTIMA
PÉREZ DURO 809
- 150 EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE)
Y LA DISFAGIA EN EL PACIENTE CON ACCIDENTE CEREBRAL**
MARÍA DEL PILAR PONCE VILLALTA, ISABEL RAMÍREZ ORTIZ, EVA
MARIA GONZÁLEZ TOMÁS, MANUELA GARCIA LUNA Y FÁTIMA
PÉREZ DURO 813
- 151 EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE)
EN ATENCION PRIMARIA EN UN CENTRO SANITARIO**
RAQUEL SANCHEZ VILLARDON, SORAYA RABASCO DIAZ CHIRON,
MARIA JOSE GALLEG0 REDONDO, SILVIA DOMINGUEZ LÓPEZ Y
VANESSA GONZALEZ RODRIGUEZ 817
- 152 EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN EL
SERVICIO DE URGENCIAS HOSPITALARIAS**
RAQUEL SANCHEZ VILLARDON, SORAYA RABASCO DIAZ CHIRON,
MARIA JOSE GALLEG0 REDONDO, SILVIA DOMINGUEZ LÓPEZ Y
VANESSA GONZALEZ RODRIGUEZ 821

- 153 **TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA CON UN PACIENTE CON INFECCIÓN URINARIA QUE PORTA UNA SONDA VESICAL**
RAQUEL SANCHEZ VILLARDON, SORAYA RABASCO DIAZ CHIRON,
MARIA JOSE GALLEGO REDONDO, SILVIA DOMINGUEZ LÓPEZ Y
VANESSA GONZALEZ RODRIGUEZ 825
- 154 **ÚLCERAS POR PRESIÓN (UPP) EN EL ÁMBITO HOSPITALARIO**
CLAUDIA RODRIGUEZ LOPEZ 829
- 155 **TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERIA (TCAE) EN EL AMBITO SANITARIO: OXIGENOTERAPIA.PROCEDIMIENTO DE ADMINISTRACIÓN DE OXIGENO**
M^a TERESA SÁNCHEZ CARRIÓN Y MARIA DEL CARMEN VALERO MOYA 833
- 156 **EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) EN EL SERVICIO DE GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA**
GEMA TORIBIO VALIENTE, FRANCISCA NAHARRO SERRANO,
ANTONIA PEINADO CASTILLO, FRANCISCA CAMPOS MUÑOZ Y
INMACULADA LOPEZ ORTEGA 839
- 157 **EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA Y LA COMUNICACIÓN CON EL PACIENTE**
GEMA TORIBIO VALIENTE, FRANCISCA NAHARRO SERRANO,
ANTONIA PEINADO CASTILLO, FRANCISCA CAMPOS MUÑOZ Y
INMACULADA LOPEZ ORTEGA 843
- 158 **IMPORTANCIA DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) EN LOS CUIDADOS PALIATIVOS DE PACIENTES TERMINALES**
GEMA TORIBIO VALIENTE, FRANCISCA NAHARRO SERRANO,
ANTONIA PEINADO CASTILLO, FRANCISCA CAMPOS MUÑOZ Y
INMACULADA LOPEZ ORTEGA 847

- 159 APLICACION DE TERMOTERAPIA Y CRIOTERAPIA POR PARTE DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE)**
MARÍA DOLORES LOZANO GÓNZALEZ, MILAGROS LOZANO GONZALEZ, ANA MARÍA MORCILLO CASTAÑO, MARIA DEL PILAR ARIBAS MOLINERO Y MARIA TERESA CUESTA MIRALLES 851
- 160 COLABORACIÓN DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) EN LA COLOCACIÓN DEL SONDAJE NASOGÁSTRICO**
MARÍA DOLORES LOZANO GÓNZALEZ, MILAGROS LOZANO GONZALEZ, ANA MARÍA MORCILLO CASTAÑO, MARIA DEL PILAR ARIBAS MOLINERO Y MARIA TERESA CUESTA MIRALLES 857
- 161 COMPETENCIA DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) EN LA HIGIENE Y ASEO DEL PACIENTE**
MARÍA DOLORES LOZANO GÓNZALEZ, MILAGROS LOZANO GONZALEZ, ANA MARÍA MORCILLO CASTAÑO, MARIA DEL PILAR ARIBAS MOLINERO Y MARIA TERESA CUESTA MIRALLES 863
- 162 OXIGENOTERAPIA. CUIDADOS DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE)**
MARIA ADELINA ORTEGA LOPEZ, MARÍA ELENA NIELFA ROSILLO, M ISABEL FERNANDEZ MARTINEZ, LUCIA FERNANDEZ MARTINEZ Y M DEL ROSARIO GOMEZ GOMEZ 869
- 163 PREVENCIÓN DE RIESGOS LABORALES EN EL ÁMBITO HOSPITALARIO**
MARIA ADELINA ORTEGA LOPEZ, MARÍA ELENA NIELFA ROSILLO, M ISABEL FERNANDEZ MARTINEZ, LUCIA FERNANDEZ MARTINEZ Y M DEL ROSARIO GOMEZ GOMEZ 873
- 164 TÉCNICO EN CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN EL QUIRÓFANO**
MARIA ADELINA ORTEGA LOPEZ, MARÍA ELENA NIELFA ROSILLO, M ISABEL FERNANDEZ MARTINEZ, LUCIA FERNANDEZ MARTINEZ Y M DEL ROSARIO GOMEZ GOMEZ 877

- 165 ESTUDIO INICIAL IODOPOVIDONA**
YASMINA BOUTANAACH ABDELKADER, LOURDES REY GUEVARA,
GEMMA REY GUEVARA Y MARTA GUEVARA SANCHEZ 881
- 166 EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE)
EN LA UNIDAD DE CUIDADOS PALIATIVOS**
MARIA JOSE BAUSELA BLANCO, OLAYA OVIAÑO GONZÁLEZ,
ALEXANDRA CRISTINA CAIZA CHICAIZA, MONICA PARRES
GONZALEZ Y VIRGINIA NATIVIDAD CHAMBI LOPEZ 885
- 167 REVISIÓN HISTÓRICA Y SINTOMATOLOGÍA DE LA ENFERMEDAD
DEL TÉTANOS POR EL TÉCNICO AUXILIAR DE ENFERMERÍA**
ADELA MARÍA ORTEGA FERNANDEZ, DOMINGA MARIA AGUILAR
CAÑADAS, MIRIAN RODRIGUEZ CHINCHILLA, CRISTINA CASTRO
GAVILAN Y INMACULADA BLANCO CORRALES 891
- 168 CUIDADOS BASICOS POR EL TÉCNICO EN CUIDADOS
AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) ANTE NAUSEAS, VOMITOS
Y EMESIS**
ADELA MARÍA ORTEGA FERNANDEZ, DOMINGA MARIA AGUILAR
CAÑADAS, MIRIAN RODRIGUEZ CHINCHILLA, CRISTINA CASTRO
GAVILAN Y INMACULADA BLANCO CORRALES 895
- 169 CUIDADOS DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE
ENFERMERÍA (TCAE) AL FAMILIAR DEPENDIENTE,
CLAUDICACIÓN FAMILIAR**
ADELA MARÍA ORTEGA FERNANDEZ, DOMINGA MARIA AGUILAR
CAÑADAS, MIRIAN RODRIGUEZ CHINCHILLA, CRISTINA CASTRO
GAVILAN Y INMACULADA BLANCO CORRALES 899
- 170 FUNCIONES DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE
ENFERMERÍA (TCAE) CON PACIENTES CON ESQUIZOFRENIA**
MARÍA VICTORIA CAÑO VALDERRAMA, MOHAMED AMAR
MOHAMED Y ALI AOMAR MOHAMED 903

- 171 TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERIA (TCAE)
EN EL AMBITO SANITARIO: TRAQUETEOMIA.CUIDADO DE LOS
PACIENTES CON TRAQUETEOMIA Y PROCEDIMIENTO DE
CAMBIO DE CANULA DE TRAQUETEOMIA.
MARIA DEL CARMEN VALERO MOYA Y M^a TERESA SÁNCHEZ
CARRIÓN 907
- 172 LAS NECESIDADES BÁSICAS Y AUTOCUIDADOS. MANEJO POR EL
TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA
LAURA DOMINGO RODRIGUEZ, CRISTINA SALDAÑA ALVAREZ,
ALMUDENA DÍAZ MARTIN, MARIA JOSE MARTINEZ MARTINEZ Y
MARÍA ALARCOS LOPEZ-LUCENDO RODRIGUEZ-REY 913
- 173 LAS FUNCIONES DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE
ENFERMERÍA (TCAE) EN LAS DIVERSAS ETAPAS DE CUIDADOS
PALIATIVOS
ALI AOMAR MOHAMED, MARÍA VICTORIA CAÑO VALDERRAMA Y
MOHAMED AMAR MOHAMED 917
- 174 CASO CLÍNICO DE ENFERMEDAD RARA DE ALERGIA AL AGUA
POR EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA
MARIA JOSE MARTINEZ MARTINEZ, LAURA DOMINGO
RODRIGUEZ, CRISTINA SALDAÑA ALVAREZ, ALMUDENA DÍAZ
MARTIN Y MARÍA ALARCOS LOPEZ-LUCENDO RODRIGUEZ-REY 921
- 175 EXPOSICIÓN DE PREECLAMPSIA POR EL TÉCNICO EN CUIDADOS
AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN EL EMBARAZO
MARÍA ALARCOS LOPEZ-LUCENDO RODRIGUEZ-REY, LAURA
DOMINGO RODRIGUEZ, CRISTINA SALDAÑA ALVAREZ,
ALMUDENA DÍAZ MARTIN Y MARIA JOSE MARTINEZ MARTINEZ 925
- 176 QUE HACE UN TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE
ENFERMERÍA (TCAE) EN LA UNIDAD DE HEMODIALISIS
ALI AOMAR MOHAMED, MOHAMED AMAR MOHAMED Y MARÍA
VICTORIA CAÑO VALDERRAMA 929
- 177 IDENTIFICACIÓN DE LA DIABETES TIPO 2
MARÍA CAMPOS DIEGUEZ, INMACULADA VENTAS DIAZ Y
ISAMAR BARBERO ARENAS 935

178 ESTUDIO DEL BAZO	
YASMINA BOUTANAACH ABDELKADER, LOURDES REY GUEVARA, GEMMA REY GUEVARA Y MARTA GUEVARA SANCHEZ	939
179 LA ESTERILIZACION DEL MATERIAL SANITARIO	
LAURA ANTUÑA MENENDEZ, ANA BELÉN GONZALEZ GONZALEZ Y CARMEN ELVIRA RODRIGUEZ GOMEZ	943
180 EL PAPILOMA HUMANO	
LAURA ANTUÑA MENENDEZ, CARMEN ELVIRA RODRIGUEZ GOMEZ Y ANA BELÉN GONZALEZ GONZALEZ	947
181 ¿QUÉ ES LA CELIAQUIA?	
ANA BELÉN GONZALEZ GONZALEZ, LAURA ANTUÑA MENENDEZ Y CARMEN ELVIRA RODRIGUEZ GOMEZ	951
182 QUE ES LA ATENCION PRIMARIA Y PAPEL DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) EN LA MISMA	
ESTHER GARCIA ALVAREZ, MONICA ARDURA RODRIGUEZ, LETICIA SUÁREZ LEAL, ANA ISABEL PRENDES FERNÁNDEZ Y MARÍA GRANDA ÁLVAREZ	955
183 CUIDADOS DEL PACIENTE OSTEOMIZADO	
INMACULADA VENTAS DIAZ, ISAMAR BARBERO ARENAS Y MARÍA CAMPOS DIEGUEZ	959
184 CUIDADOS DEL PACIENTE PALIATIVO POR PARTE DEL TECNICO EN CUIDADOS DE ENFERMERIA	
ISAMAR BARBERO ARENAS, INMACULADA VENTAS DIAZ Y MARÍA CAMPOS DIEGUEZ	963
185 UN TRABAJO EN EQUIPO: LAS MOVILIZACIONES DEL PACIENTE, UN CUIDADO BÁSICO	
MARIA DEL PILAR PÉREZ BURGOS, MARIA GEMA GARCIA CONSUEGRA GARZAS, CELIA DÍAZ SALAZAR GARCÍA RAYO, MARÍA DEL ROSARIO MARTÍN LOZANO Y MARIA DEL ROSARIO BURGOS BECERRA	967

- 186 LOS CAMBIOS FÍSICOS DEL PACIENTE INGRESADO EN UNA UNIDAD DE CRÍTICOS QUIRÚRGICOS**
MARIA DEL PILAR PÉREZ BURGOS, MARIA GEMA GARCIA
CONSUEGRA GARZAS, CELIA DÍAZ SALAZAR GARCÍA RAYO,
MARÍA DEL ROSARIO MARTÍN LOZANO Y MARIA DEL ROSARIO
BURGOS BECERRA 973
- 187 LOS TIPOS DE DRENAJES Y SUS CUIDADOS POR PARTE DEL TÉCNICO EN ENFERMERÍA DENTRO DE SUS FUNCIONES EN LA ELIMINACIÓN**
MARIA DEL PILAR PÉREZ BURGOS, MARIA GEMA GARCIA
CONSUEGRA GARZAS, MARÍA DEL ROSARIO MARTÍN LOZANO,
MARIA DEL ROSARIO BURGOS BECERRA Y CELIA DÍAZ SALAZAR
GARCÍA RAYO 979
- 188 LA INCIDENCIA DE LAS INFECCIONES URINARIAS EN LA TERCERA EDAD POR EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA**
NOELIA VICENTE PANTOJA, DÉBORAH GÓMEZ DE LA CRUZ,
MARÍA ISABEL RUIZ DE LOS PAÑOS GARCÍA CALVO, ELSA
SÁNCHEZ GARCÍA Y ALBA VIOLETA VICENTE PANTOJA 983
- 189 LA IMPORTANCIA DE LA TOMA DE TEMPERATURA EN PACIENTES POR PARTE DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA**
ELSA SÁNCHEZ GARCÍA, NOELIA VICENTE PANTOJA, DÉBORAH
GÓMEZ DE LA CRUZ, MARÍA ISABEL RUIZ DE LOS PAÑOS GARCÍA
CALVO Y ALBA VIOLETA VICENTE PANTOJA 987
- 190 LA IMPORTANCIA DEL CONFORT Y LA ATENCIÓN EN PACIENTES CRÍTICOS POR EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA**
ALBA VIOLETA VICENTE PANTOJA, NOELIA VICENTE PANTOJA,
DÉBORAH GÓMEZ DE LA CRUZ, MARÍA ISABEL RUIZ DE LOS
PAÑOS GARCÍA CALVO Y ELSA SÁNCHEZ GARCÍA 993

191 CONOCIMIENTOS DEL TCAE DE LOS BENEFICIOS DE LA ACTIVIDAD FISICA EN LAS EMOCIONES DE UN PACIENTE CON CANCER MAMA CARMEN MARIA PEREZ RUIZ, CARMEN CUBERO RUIZ-CALERO, DAVID CHICA CUÍN, MERCEDES VIRTUDES VALERO ARROYO Y ROSA LEÓN PALOMO	997
192 BENEFICIOS DE LA EMPATIA CON EL PACIENTE HOSPITALIZADO POR PARTE DEL TCAE. CARMEN MARIA PEREZ RUIZ, ROSA LEÓN PALOMO, MERCEDES VIRTUDES VALERO ARROYO, CARMEN CUBERO RUIZ-CALERO Y DAVID CHICA CUÍN	1001
193 INTERVENCION DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) ANTE UNA PICADURA DE UNA MEDUSA CARMEN MARIA PEREZ RUIZ, ROSA LEÓN PALOMO, MERCEDES VIRTUDES VALERO ARROYO, CARMEN CUBERO RUIZ-CALERO Y DAVID CHICA CUÍN	1005
194 LA INTERVENCIÓN DEL TCAE EN CUANTO A LOS TRASTORNOS MENTALES DENTRO DEL ÁMBITO HOSPITALARIO. RAQUEL PORTAS RIOS	1009
195 ESTUDIO INTESTINO GRUESO YASMINA BOUTANAACH ABDELKADER, GEMMA REY GUEVARA, LOURDES REY GUEVARA Y MARTA GUEVARA SANCHEZ	1013
196 EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN RELACIÓN CON LA ALIMENTACIÓN Y NUTRICIÓN MARIA DEL CARMEN DE LA UZ LLERA	1017
197 CUIDADOS DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN EL PACIENTE TERMINAL MARIA DEL CARMEN DE LA UZ LLERA	1023
198 ESTUDIO SOBRE EL CÁNCER COLOR RECTAL O CÁNCER DE COLÓN YASMINA BOUTANAACH ABDELKADER, LOURDES REY GUEVARA, GEMMA REY GUEVARA Y MARTA GUEVARA SANCHEZ	1027

- 199 LA EPIDEMIA DE LA GRIPE DESDE LA LABOR DEL TECNICO DE CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA**
EVA TRUJILLO UTRILLA, LAURA GONZALEZ ABAD, PILAR GALIANO PUERTAS, MARIA JOSE MURILLO FERNANDEZ30210335L Y VERÓNICA VERGARA VERGARA 1033
- 200 EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) ANTE LA PROMOCIÓN DE LA SALUD**
EVA TRUJILLO UTRILLA, LAURA GONZALEZ ABAD, PILAR GALIANO PUERTAS, MARIA JOSE MURILLO FERNANDEZ30210335L Y VERÓNICA VERGARA VERGARA 1039
- 201 EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) AL PACIENTE NEUROLÓGICO CON ESCLEROSIS MÚLTIPLE**
EVA TRUJILLO UTRILLA, LAURA GONZALEZ ABAD, PILAR GALIANO PUERTAS, MARIA JOSE MURILLO FERNANDEZ30210335L Y VERÓNICA VERGARA VERGARA 1043
- 202 ACTUACIÓN DEL TÉCNICO AUXILIAR EN CUIDADOS DE ENFERMERÍA(TCAE) EN LA PROMOCIÓN Y EDUCACIÓN DE LA SALUD**
RABIA BENSALTANA LAHJAOUZI 1047
- 203 APOYO EMOCIONAL AL PACIENTE POR PARTE DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE)**
RABIA BENSALTANA LAHJAOUZI 1051
- 204 EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) ANTE UN NEONATO PREMATURO**
MARIA GEMA VALENTIN FERNANDEZ MARTIN 1055
- 205 EL TECNICO AUXILIAR DE ENFERMERIA Y LA HIGIENE BUCAL DEL PACIENTE**
MARIA GEMA VALENTIN FERNANDEZ MARTIN 1061
- 206 INGRESO HOSPITALARIO POR FRACTURA DE CADERA.**
BEATRIZ MOYA JIMENEZ, MARÍA LÓPEZ DELGADO Y MÓNICA RUBIO PINA 1067

207	ESTUDIO DEL COLIRIO YASMINA BOUTANAACH ABDELKADER, LOURDES REY GUEVARA, GEMMA REY GUEVARA Y MARTA GUEVARA SANCHEZ	1071
208	IMPORTANCIA DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) EN LA SALUD COMUNITARIA SANDRA CORTES BUELGA	1075
209	LOS DESINFECTANTES Y ANTISÉPTICOS PARA EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) ANGELES PENA LLANES Y ESTHER AMADO SANTAMARINA	1079
210	CUIDADOS DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) DURANTE EL ALZHEIMER JOSE LUIS MAMANI PARDO Y CRISTINA RAMOS DOS SANTOS	1083
211	EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) Y SU FUNCIÓN EN EL APOYO DOMICILIARIO. REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA LUISA RUS SUAREZ, MARIA SANDRA MARTINEZ VILLARES, CRISTINA CUERVO ALMEDINA, MARIA ANGELES RICO GONZALEZ Y CRISTINA SÁNCHEZ GONZÁLEZ	1089
212	LA ACTUACIÓN DEL TCAE EN LA UNIDAD DE HEMODIÁLISIS MARIA SANDRA MARTINEZ VILLARES, LUISA RUS SUAREZ, CRISTINA CUERVO ALMEDINA Y EDWIN RONALD ANGELES ESPINOZA	1093
213	ACTUACIÓN DEL TCAE EN PACIENTES QUE SUFREN OBESIDAD. CRISTINA CUERVO ALMEDINA, LUISA RUS SUAREZ, MARIA SANDRA MARTINEZ VILLARES Y EDWIN RONALD ANGELES ESPINOZA	1097
214	ACTUACION DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) EN UNA FARMACIA HOSPITALARIA MARTA BUENO GONZÁLEZ, GLORIA RODRÍGUEZ BARBA, EVA CÁMARA MENGUEZ Y EDWIN RONALD ANGELES ESPINOZA	1101

215 LAS TAREAS QUE DESEMPEÑA UN TCAE EN LA UNIDAD DE REHABILITACIÓN GLORIA RODRÍGUEZ BARBA, MARTA BUENO GONZÁLEZ Y EVA CÁMARA MENGUEZ	1105
216 LA ATENCIÓN DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) A LOS ACOMPAÑANTES DEL PACIENTE TERMINAL. REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA EVA CÁMARA MENGUEZ, MARTA BUENO GONZÁLEZ Y GLORIA RODRÍGUEZ BARBA	1109
217 LA ENFERMEDAD DEL BOTULISMO PAULA CRISTINA RODRÍGUEZ CAMPOS	1113
218 ATENCION PRIMARIA CRISTINA RAMOS DOS SANTOS Y JOSE LUIS MAMANI PARDO	1117
219 EL TRATO DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA CON LOS PACIENTES Y LOS FAMILIARES DE LOS MISMOS VIOLETA SOMOANO ALADRO, ASUR ARCA ÁLVAREZ, ALMUDENA MATÍNEZ MORATINOS, CAROLINA SUÁREZ BLANCO Y ALEJANDRA GARCÍA ANTÓN	1121
220 ICTUS: TIPOS, SINTOMAS Y TRATAMIENTOS LAURA PARAJON PARAJON, M ^a ARGENTINA YAÑEZ ALVAREZ, ROSA MESA MENDEZ, ROSA MARIA GONZALEZ IGLESIAS Y MARÍA DEL ROCÍO MENÉNDEZ PÉREZ	1125
221 ACTUACIONES DEL PERSONAL DE ENFERMERIA ANTE PACIENTES CON PSORIASIS JEZABEL MENDEZ SOTORRIO	1129
222 EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) Y LOS BENEFICIOS DE LA HIGIENE PARA EL PACIENTE LAURA MARIA ARIAS SUAREZ	1133
223 EL PAPEL DEL TÉCNICO DE CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN EL SERVICIO DE AYUDA A DOMICILIO M ^a DEL CARMEN BARRERA REGO	1137

224	FISIOTERAPIA EN LA ENFERMEDAD DE DUPUYTREN ANGEL FUEYO PRIETO	1141
225	FISIOTERAPIA EN PACIENTES CON SÍNDROME CORONARIO AGUDO ANGEL FUEYO PRIETO	1145
226	LA FISIOTERAPIA EN EL CÓLICO DEL LACTANTE MARIA MADRIGAL CANO, MÓNICA LIZCANO JIMÉNEZ, MARIA RUIZ ALBACETE, MARTA MIJANCOS VILLANUEVA Y SARA GARCIA MARTINEZ	1149
227	TRATAMIENTO DE FISIOTERAPIA EN EL DOLOR DORSO-LUMBAR POR ENFERMEDAD DE FORESTIER MARIA MADRIGAL CANO, MÓNICA LIZCANO JIMÉNEZ, MARIA RUIZ ALBACETE, MARTA MIJANCOS VILLANUEVA Y SARA GARCIA MARTINEZ	1155
228	TRATAMIENTO DEL MAREO DE ORIGEN CERVICAL DESDE LA FISIOTERAPIA MARIA MADRIGAL CANO, MÓNICA LIZCANO JIMÉNEZ, MARIA RUIZ ALBACETE, MARTA MIJANCOS VILLANUEVA Y SARA GARCIA MARTINEZ	1159
229	EVIDENCIA DE LOS BENEFICIOS DEL TRATAMIENTO DE FISIOTERAPIA Y EL EJERCICIO TERAPÉUTICO EN LA PARÁLISIS BRAQUIAL OBSTÉTRICA MARÍA TRINIDAD SANTAMARINA FEITO	1163
230	IMPORTANCIA DE LA FISIOTERAPIA OBSTÉTRICA COMO MÉTODO DE INTERVENCIÓN EN LA GESTANTE A PROPÓSITO DE UN CASO CLÍNICO MARÍA TRINIDAD SANTAMARINA FEITO	1167
231	FISIOTERAPIA EN EL TRATAMIENTO DEL PROLAPSO EN MUJERES CLAUDIA GARCIA MERA, MARIA GEMA GALINDO TERCERO, LAURA VERGARA SAEZ, MAR GALINDO MARTINEZ Y FELIPE MERCADO RAMÍREZ	1173

232 FISIOTERAPIA RESPIRATORIA EN LA RECUPERACIÓN DEL PACIENTE TRAS COVID-19 CLAUDIA GARCIA MERA, MARIA GEMA GALINDO TERCERO, LAURA VERGARA SAEZ, MAR GALINDO MARTINEZ Y FELIPE MERCADO RAMÍREZ	1181
233 LA FISIOTERAPIA EN EL PERIODO DE EMBARAZO Y PREVIO AL PARTO CLAUDIA GARCIA MERA, MARIA GEMA GALINDO TERCERO, LAURA VERGARA SAEZ, MAR GALINDO MARTINEZ Y FELIPE MERCADO RAMÍREZ	1185
234 FISIOTERAPIA ENFOCADA AL TRATAMIENTO DEL DOLOR LUMBOPÉLVICO DURANTE EL EMBARAZO CLAUDIO MENDOZA GALIANO	1189
235 TRATAMIENTO DEL DOLOR LUMBAR EN GESTANTES SILVIA MONTOYA FERREIRO	1195
236 QUISTE DE BAKER. TRATAMIENTO DE FISIOTERAPIA SILVIA MONTOYA FERREIRO	1201
237 LA IMAGEN MAMOGRÁFICA Y LAS VARIACIONES ENTRE LOS SISTEMAS DE OBTENCIÓN JULIO CESAR PELLEJERO BOSQUE	1205
238 LA IMAGEN EN RAYOS X RAÚL MORENO MARTÍN, RAFAEL CABAÑAS ESTÉVEZ Y ROSARIO RODRIGUEZ DIAZ	1211
239 LOS GRANDES DESCUBRIDORES EN LA HISTORIA DE LA RADIOLOGÍA RAFAEL CABAÑAS ESTÉVEZ, ROSARIO RODRIGUEZ DIAZ Y RAÚL MORENO MARTÍN	1215
240 NEGATOSCOPIO ÓSEO. DEFINICIÓN Y USO RAFAEL CABAÑAS ESTÉVEZ, ROSARIO RODRIGUEZ DIAZ Y RAÚL MORENO MARTÍN	1221

- 241** **PROTOSOLOS DE LAS RADIOGRAFIAS DE TORAX PEDIATRICAS:**
EL PAPEL DEL TECNICO DE RADIODIAGNOSTICO Y MEDICINA
NUCLEAR
BEATRIZ DEL PINO FERNÁNDEZ, MELISA DEL HORNO DÍAZ,
MARIA PILAR SANCHEZ FABRA, JOSÉ ENRIQUE VERDÚ
CHUMILLAS Y MARIA INMACULADA LOSA MARÍN 1225
- 242** **EL TECNICO DE IMAGEN EN RADIODIAGNOSTICO Y MEDICINA**
NUCLEAR EN ATENCIÓN PRIMARIA
BEATRIZ DEL PINO FERNÁNDEZ, MELISA DEL HORNO DÍAZ,
MARIA PILAR SANCHEZ FABRA, JOSÉ ENRIQUE VERDÚ
CHUMILLAS Y MARIA INMACULADA LOSA MARÍN 1229
- 243** **EL TECNICO DE IMAGEN EN RADIODIAGNOSTICO Y MEDICINA**
NUCLEAR EN EL SERVICIO DE PEDIATRÍA ANTE UN CASO DE
MALTRATO INFANTIL
BEATRIZ DEL PINO FERNÁNDEZ, MELISA DEL HORNO DÍAZ,
MARIA PILAR SANCHEZ FABRA, JOSÉ ENRIQUE VERDÚ
CHUMILLAS Y MARIA INMACULADA LOSA MARÍN 1233
- 244** **ELECTROFORESIS EN GEL DE AGAROSA. PREPARACIÓN Y**
PROCEDIMIENTO
CELIA FERNÁNDEZ VILLA 1239
- 245** **ASÍ AFECTA LA RADIACIÓN A LOS TÉCNICOS SUPERIORES EN**
IMAGEN PARA EL DIAGNOSTICO Y MEDICINA NUCLEAR
ROSA MARÍA MARTÍNEZ VALERO, FRANCISCO JOSÉ LARROSA
ALCARAZ, ANTONIO FERNÁNDEZ SÁNCHEZ, LUCÍA FERRE
ALCARAZ Y SONIA LAGUNA PEREZ 1243
- 246** **IMPORTANCIA DE LA RADIOGRAFÍA DENTAL**
SONIA LAGUNA PEREZ, FRANCISCO JOSÉ LARROSA ALCARAZ,
ROSA MARÍA MARTÍNEZ VALERO, ANTONIO FERNÁNDEZ
SÁNCHEZ Y LUCÍA FERRE ALCARAZ 1247
- 247** **PROCEDIMIENTO INTERVENCIONISTA EN MAMA. PAAF -**
PUNCIÓN ASPIRACIÓN CON AGUJA FINA
ANA PILAR OCAMPOS ALVAREZ 1251

248LA TÉCNICA DE MAMOGRAFIA FRANCISCO JOSÉ LARROSA ALCARAZ, ROSA MARÍA MARTÍNEZ VALERO, ANTONIO FERNÁNDEZ SÁNCHEZ, SONIA LAGUNA PEREZ Y LUCÍA FERRE ALCARAZ	1255
249SARCOMA DE EWING: QUE CONLLEVA SU DIAGNÓSTICO SARA SÁNCHEZ DEL VALLE	1259
250ESTUDIO DE LA MAMA SONIA LAGUNA PEREZ, FRANCISCO JOSÉ LARROSA ALCARAZ, ROSA MARÍA MARTÍNEZ VALERO, ANTONIO FERNÁNDEZ SÁNCHEZ Y LUCÍA FERRE ALCARAZ	1263
251PROCEDIMIENTO INTERVENCIONISTA EN MAMA: BAG (BIOPSIA CON AGUJA GRUESA) ANA PILAR OCAMPOS ALVAREZ	1267
252TURNICIDAD Y NOCTURNIDAD EN EL SECTOR SANITARIO RUBEN DÍAZ MÁRQUEZ Y ÁNGEL DÍAZ MÁRQUEZ	1271
253ACOSO LABORAL EN EL SECTOR SANITARIO RUBEN DÍAZ MÁRQUEZ Y ÁNGEL DÍAZ MÁRQUEZ	1275
254ENFERMEDADES NOSOCOMIALES CLAUDIA ROBREDO GARCÍA, LEIDY DANIELA SALAZAR BOLIVAR Y MARIA ANGELES GARCÍA SUÁREZ	1279
255EL DIAGNÓSTICO DE PATOLOGÍAS BUCALES Y EL TÉCNICO EN RADIODIAGNÓSTICO. REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA MARÍA NIEVES GONZÁLEZ MARTÍNEZ Y LAURA GARCIA GONZALEZ	1283
256PAPEL DEL TECNICO EN RADIODIAGNOSTICO EN LA RESONANCIA MAGNÉTICA CERVICAL PARA EL DIAGNÓSTICO DE PATOLOGÍAS RELACIONADAS A LA COLUMNA VERTEBRAL Y CUELLO. REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA LAURA GARCIA GONZALEZ Y MARÍA NIEVES GONZÁLEZ MARTÍNEZ	1287

257	QUÉ SON LAS VACUNAS, CÓMO FUNCIONAN, CUÁL ES SU FUNCIÓN Y CÓMO SE PRUEBA SU SEGURIDAD ÁNGEL DÍAZ MÁRQUEZ Y RUBEN DÍAZ MÁRQUEZ	1291
258	LAS CAÍDAS Y CÓMO DISMINUIR SU RIESGO ÁNGEL DÍAZ MÁRQUEZ Y RUBEN DÍAZ MÁRQUEZ	1295
259	LESIONES Y HERIDAS ÁNGEL DÍAZ MÁRQUEZ Y RUBEN DÍAZ MÁRQUEZ	1299
260	LA SEGURIDAD EN EL DEPORTE ÁNGEL DÍAZ MÁRQUEZ Y RUBEN DÍAZ MÁRQUEZ	1303
261	RIESGOS LABORALES EN EL ÁMBITO SANITARIO MARIA LUISA RIESCO FERNANDEZ	1307
262	CELADOR EN EL ALMACÉN DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO CENTRAL DE ASTURIAS (HUCA) BORJA ANTUÑA DAGO	1311
263	MANEJO DEL HISTORIAL CLINICO POR EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO MARIA ELENA BARAGANO GARCIA	1315
264	CONSECUENCIAS DE LAS NUEVAS VARIANTES DEL COVID EN EL PERSONAL NO SANITARIO BEATRIZ TENREIRO ÁLVAREZ	1319
265	LA HUMANIZACIÓN EN LA SANIDAD BEATRIZ TENREIRO ÁLVAREZ, MAGDALENA AZABAL CASARES Y INMACULADA CANO CABO	1325
266	CALIDAD SANITARIA-AUXILIARES ADMINISTRATIVOS Y CELADORES MAGDALENA AZABAL CASARES, INMACULADA CANO CABO Y BEATRIZ TENREIRO ÁLVAREZ	1329

267	LA COMUNICACIÓN ASERTIVA EN EL DESEMPEÑO DE LAS FUNCIONES DEL AUXILIAR ADMINISTRATIVO DEL ÁMBITO SANITARIO JOSE ANTONIO FERNANDEZ RODRIGUEZ Y JAVIER REDONDO VALBUENA	1333
268	INFORMATICA BASICA PARA EL PUESTO DE CELADOR FERNANDO VALLEJO BERNARDO	1337
269	PANTALLAS DE RIESGO LABORAL PARA EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO DEL HOSPITAL. JOSE ANTONIO FERNANDEZ RODRIGUEZ Y JAVIER REDONDO VALBUENA	1341
270	ACTUACION DE UN CELADOR ANTE EL DECESO DE UN PACIENTE JAVIER REDONDO VALBUENA Y JOSE ANTONIO FERNANDEZ RODRIGUEZ	1345
271	EL TELEFONISTA ANTE UNA URGENCIA CARDIACA RUFINA MATOQUE CERRO, MARIA JESÚS MARTÍNEZ CASTAÑO, GEMA BUITRAGO BUITRAGO, MARIA CARMEN ALFARO LÓPEZ Y ANA ISABEL DEL SOTO RUIZ	1349
272	EL TELEFONISTA Y LA SALUD LABORAL RUFINA MATOQUE CERRO, MARIA JESÚS MARTÍNEZ CASTAÑO, GEMA BUITRAGO BUITRAGO, MARIA CARMEN ALFARO LÓPEZ Y ANA ISABEL DEL SOTO RUIZ	1353
273	EL CELADOR EN EL SERVICIO Y ÁREA DE URGENCIAS SANDRA INMACULADA RODRÍGUEZ LÓPEZ, MARÍA SOL GARCIA MASELI, CRISTINA TRIVIÑO DE LA CONCEPCION, FLAVIO COSÍO MORENO Y THAMARA LARA DEL AMO	1357
274	EL CELADOR EN LA MOVILIZACION DE PACIENTES DE LOS HOSPITALES SANDRA INMACULADA RODRÍGUEZ LÓPEZ, MARÍA SOL GARCIA MASELI, CRISTINA TRIVIÑO DE LA CONCEPCION, FLAVIO COSÍO MORENO Y THAMARA LARA DEL AMO	1361

275 EL CELADOR Y SU AYUDA PARA LA TOMA DE CONSTANTES VITALES	
SANDRA INMACULADA RODRÍGUEZ LÓPEZ, MARÍA SOL GARCIA MASELI, CRISTINA TRIVIÑO DE LA CONCEPCION, FLAVIO COSÍO MORENO Y THAMARA LARA DEL AMO	1365
276 LAS TAREAS DE UN RECEPCIONISTA TELEFONISTA	
RUFINA MATOQUE CERRO, MARIA JESÚS MARTÍNEZ CASTAÑO, GEMA BUITRAGO BUITRAGO, MARIA CARMEN ALFARO LÓPEZ Y ANA ISABEL DEL SOTO RUIZ	1371
277 SECUELAS COVID EN PERSONAL SANITARIO Y POBLACIÓN EN GENERAL	
ALBERTO JOSÉ ALBA PERALES	1375
278 ESTUDIOS INICIALES PERÓXIDO DE HIDRÓGENO	
LOURDES REY GUEVARA, GEMMA REY GUEVARA, YASMINA BOUTANAACH ABDELKADER Y MARTA GUEVARA SANCHEZ	1381
279 ACTUACION DEL CELADOR ANTE EL PACIENTE GERIATRICO	
VERONICA HINAREJOS DIAZ, DIEGO ZORNOZA GOMEZ, BÁRBARA BERNARDO SÁNCHEZ, JOSE LUIS FERNÁNDEZ SÁNCHEZ Y IVÁN CALLEJO JIMÉNEZ	1385
280 EL CELADOR. LA IMPORTANCIA DE LA HUMANIZACION EN EL TRATO AL PACIENTE	
VERONICA HINAREJOS DIAZ, DIEGO ZORNOZA GOMEZ, BÁRBARA BERNARDO SÁNCHEZ, JOSE LUIS FERNÁNDEZ SÁNCHEZ Y IVÁN CALLEJO JIMÉNEZ	1391
281 EL CELADOR Y LA RELACION CON EL PACIENTE Y FAMILIARES	
VERONICA HINAREJOS DIAZ, DIEGO ZORNOZA GOMEZ, BÁRBARA BERNARDO SÁNCHEZ, JOSE LUIS FERNÁNDEZ SÁNCHEZ Y IVÁN CALLEJO JIMÉNEZ	1397
282 PREVENCIÓN DE RIESGOS LABORALES, DERECHOS Y OBLIGACIONES Y PARTICIPACIÓN DEL PERSONAL	
CARMEN MARIA SUAREZ RODRIGUEZ	1403

283	PINCHE DE COCINA Y DISEÑO DE UNA COCINA HOSPITALARIA. SISTEMAS DE GESTION EMILIO CASTILLO LOZANO, MARIA LOZANO ALFARO Y EMILIO CASTILLO ROSA	1407
284	EL PERSONAL DE COCINA HOSPITALARIA. EL PINCHE DE COCINA Y LA PREVENCIÓN DE RIESGOS Y ACCIDENTES EMILIO CASTILLO LOZANO, MARIA LOZANO ALFARO Y EMILIO CASTILLO ROSA	1413
285	EL PINCHE DE LA COCINA HOSPITALARIA Y EL SISTEMA ANÁLISIS DE PELIGROS Y PUNTOS DE CONTROL CRÍTICO (APPCC) EMILIO CASTILLO LOZANO, MARIA LOZANO ALFARO Y EMILIO CASTILLO ROSA	1419
286	ESTUDIO Y ANÁLISIS DEL ÁCIDO VALPROICO Y SUS PROPIEDADES PRINCIPALES GEMMA REY GUEVARA, YASMINA BOUTANAACH ABDELKADER, MARTA GUEVARA SANCHEZ Y LOURDES REY GUEVARA	1425
287	EL COVID-19 Y LAS DIFERENCIAS DE GÉNERO JAIONE HERNÁNDEZ DÍEZ, EUSEBIO JESUS NUÑEZ IBAÑEZ, ROBERTO MÉNDEZ ALVAREZ Y EVA MARÍA VAREA QUINTANA	1429
288	ATENCIÓN PRIMARIA. EL PAPEL DEL CELADOR EN ATENCIÓN PRIMARIA CON COVID-19 MARINA MORALES LOZANO	1433
289	FUNCIÓN DEL AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN ATENCIÓN PRIMARIA BEATRIZ HERNÁNDEZ ÁLVAREZ	1437
290	EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN EL SERVICIO DE RADIODIAGNOSTICO DEL HOSPITAL BEATRIZ HERNÁNDEZ ÁLVAREZ	1443
291	EMPATÍA ELEMENTO CLAVE DEL AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN LA ATENCIÓN AL USUARIO EN SANIDAD BEATRIZ HERNÁNDEZ ÁLVAREZ	1447

292	ESTUDIO SOBRE LA INYECCIÓN INTRACITOPLASMÁTICA GEMMA REY GUEVARA, LOURDES REY GUEVARA, YASMINA BOUTANAACH ABDELKADER Y MARTA GUEVARA SANCHEZ	1451
293	PERSONAL NO SANITARIO: LEVANTAMIENTOS DE CARGAS ROSA ABEL PARAJÓN CANGA, ANA MARÍA MÉNDEZ QUINTANA Y MARIA MERCEDES FRAGA BARROSO	1455
294	ESTUDIO SOBRE LA CIRROSIS MARTA GUEVARA SANCHEZ, LOURDES REY GUEVARA, YASMINA BOUTANAACH ABDELKADER Y GEMMA REY GUEVARA	1459
295	TERAPIA OCUPACIONAL EN LA REHABILITACIÓN DEL ICTUS CON TERAPIA DE ESPEJO ANA ISABEL BARCO CASASOLA, MARIA ELENA LETAMENDÍA PASCUAL, NURIA CORROCHANO TEJADO, GLORIA GUIRAO BELASTEGUI Y MIRIAM LÓPEZ SÁNCHEZ	1463
296	ESTUDIO DEL ÁCIDO ÚRICO MARTA GUEVARA SANCHEZ, YASMINA BOUTANAACH ABDELKADER, LOURDES REY GUEVARA Y GEMMA REY GUEVARA	1467
297	TERAPIA OCUPACIONAL Y EL CONTROL DE LA DISFAGIA EN PARÁLISIS CEREBRAL INFANTIL GLORIA GUIRAO BELASTEGUI, ANA ISABEL BARCO CASASOLA, MARIA ELENA LETAMENDÍA PASCUAL, NURIA CORROCHANO TEJADO Y MIRIAM LÓPEZ SÁNCHEZ	1471
298	EL TRABAJO DE LA TERAPIA OCUPACIONAL EN LA TERCERA EDAD MIRIAM LÓPEZ SÁNCHEZ, ANA ISABEL BARCO CASASOLA, MARIA ELENA LETAMENDÍA PASCUAL, NURIA CORROCHANO TEJADO Y GLORIA GUIRAO BELASTEGUI	1483
299	EL SINDROME DE BURNOUT EN RELACIÓN CON EL EQUIPO DE CELADORES ANDREA RODRIGUEZ AUMENTE	1487
300	LA HIGIENE DE MANOS ANDREA RODRIGUEZ AUMENTE	1491

301EL PERSONAL NO SANITARIO Y LOS RIESGOS LABORALES MARIA MERCEDES FRAGA BARROSO, ROSA ABEL PARAJÓN CANGA Y ANA MARÍA MÉNDEZ QUINTANA	1495
302ESTUDIO INTESTINO DELGADO GEMMA REY GUEVARA, LOURDES REY GUEVARA, YASMINA BOUTANAACH ABDELKADER Y MARTA GUEVARA SANCHEZ	1499
303EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN LA ATENCIÓN PRIMARIA MARIA DE LAS CRUCES CHAVES MONTES, PILAR MARÍA SERRANO GUDE, ALICIA CARRETERO AMORES, ISMAEL CARRETERO AMORES Y ESTHER AMORES BERMEJO	1505
304FUNCIONES DEL AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN EL SERVICIO DE ADMISIÓN Y DOCUMENTACIÓN CLÍNICA MARIA DE LAS CRUCES CHAVES MONTES, PILAR MARÍA SERRANO GUDE, ALICIA CARRETERO AMORES, ISMAEL CARRETERO AMORES Y ESTHER AMORES BERMEJO	1509
305HABILIDADES COMUNICATIVAS DEL PROFESIONAL AUXILIAR ADMINISTRATIVO CON RESPECTO AL PACIENTE MARIA DE LAS CRUCES CHAVES MONTES, PILAR MARÍA SERRANO GUDE, ALICIA CARRETERO AMORES, ISMAEL CARRETERO AMORES Y ESTHER AMORES BERMEJO	1513
306EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN ATENCION PRIMARIA MARIA PILAR SANCHEZ FABRA, MARIA INMACULADA LOSA MARÍN Y BEATRIZ DEL PINO FERNÁNDEZ	1517
307ESTUDIO DEL FÉMUR LOURDES REY GUEVARA, YASMINA BOUTANAACH ABDELKADER, GEMMA REY GUEVARA Y MARTA GUEVARA SANCHEZ	1521
308ESTUDIO DE LA COLUMNA VERTEBRAL GEMMA REY GUEVARA, LOURDES REY GUEVARA, MARTA GUEVARA SANCHEZ Y YASMINA BOUTANAACH ABDELKADER	1525
309ESTUDIO DE LA MORFINA MARTA GUEVARA SANCHEZ, GEMMA REY GUEVARA, YASMINA BOUTANAACH ABDELKADER Y LOURDES REY GUEVARA	1529

310 ESTUDIO SOBRE EL CÓLICO NEFRÍTICO	
LOURDES REY GUEVARA, GEMMA REY GUEVARA, MARTA GUEVARA SANCHEZ Y YASMINA BOUTANAACH ABDELKADER	1533
311 ESTUDIO SOBRE EL COMA MÉDICO	
GEMMA REY GUEVARA, MARTA GUEVARA SANCHEZ, LOURDES REY GUEVARA Y YASMINA BOUTANAACH ABDELKADER	1537
312 ANÁLISIS SOBRE LA NEUROCIRUGIA	
LOURDES REY GUEVARA, GEMMA REY GUEVARA, MARTA GUEVARA SANCHEZ Y YASMINA BOUTANAACH ABDELKADER	1541
313 ESTUDIO SOBRE EL ACNÉ	
MARTA GUEVARA SANCHEZ, LOURDES REY GUEVARA, GEMMA REY GUEVARA Y YASMINA BOUTANAACH ABDELKADER	1545
314 ESTUDIO SOBRE LA DERMATITIS ATÓPICA	
MARTA GUEVARA SANCHEZ, LOURDES REY GUEVARA, GEMMA REY GUEVARA Y YASMINA BOUTANAACH ABDELKADER	1549
315 ESTUDIO SOBRE LA ISOTRETINOÍNA	
LOURDES REY GUEVARA, GEMMA REY GUEVARA, YASMINA BOUTANAACH ABDELKADER Y MARTA GUEVARA SANCHEZ	1553
316 LA PANDEMIA 2020 Y EL CELADOR EN LOS CENTROS HOSPITALARIOS	
FRANCISCA LEMUS MORENO, SANDALIO SOLER DOCON, MARIA DEL CARMEN LOPEZ-ANTONA MOLERO, JORGE SANCHEZ GUTIERREZ Y TOMÁS FERNÁNDEZ MUÑOZ	1557
317 LA ATENCIÓN HOSPITALARIA EN EL MOMENTO DEL PARTO CON CORONAVIRUS (COVID-19) Y LA COLABORACIÓN DEL CELADOR	
FRANCISCA LEMUS MORENO, SANDALIO SOLER DOCON, MARIA DEL CARMEN LOPEZ-ANTONA MOLERO, JORGE SANCHEZ GUTIERREZ Y TOMÁS FERNÁNDEZ MUÑOZ	1561

- 318 LA UNIDAD DE SALUD MENTAL DE LOS HOSPITALES Y LAS FUNCIONES DEL CELADOR**
FRANCISCA LEMUS MORENO, SANDALIO SOLER DOCON, MARIA DEL CARMEN LOPEZ-ANTONA MOLERO, JORGE SANCHEZ GUTIERREZ Y TOMÁS FERNÁNDEZ MUÑOZ 1565
- 319 EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN ATENCIÓN PRIMARIA DESPUÉS DE LA PANDEMIA**
BEATRIZ DEL PINO FERNÁNDEZ, MARIA PILAR SANCHEZ FABRA Y MARIA INMACULADA LOSA MARÍN 1571
- 320 IGUALDAD DE GENERO EN EL ENTORNO SOCIO SANITARIO DEL AUXILIAR ADMINISTRATIVO**
ISABEL PEREGRINA MARQUEZ, MARIA MONICA SANCHEZ MARTINEZ, AIDA CUEVA HEVIA, MARÍA DEL CARMEN GANSO SUÁREZ Y MARÍA DOLORES MARTÍNEZ GONZÁLEZ 1575
- 321 LA FATIGA OCULAR QUE SUFRE EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN SU PUESTO DE TRABAJO. REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA.**
RICARDO AGUIRRE GONZÁLEZ, VERONICA LARIA GIL Y MARIA JOSE VIZCAINO GONZALEZ 1579
- 322 EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO Y EL SINDROME DE BURNOUT. REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA.**
CAROLINA VIEJO SUÁREZ Y MARIA JOSE VIZCAINO GONZALEZ 1583
- 323 EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN LOS ESTUDIOS DE POBLACIÓN Y TIPOS DE PROGRAMAS ESTADÍSTICOS: REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA**
OLAYA RUBIO VILCHEZ, MARIA JOSE VIZCAINO GONZALEZ Y VERONICA LARIA GIL 1587
- 324 ERGONOMÍA EN EL AMBIENTE HOSPITALARIO**
SERGIO SOLIS GIL 1591
- 325 ATENCIÓN AL USUARIO EN EL SECTOR SANITARIO POR EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO**
CARMEN LÓPEZ LÓPEZ, MARIA DEL CARMEN ARRIBAS CAMARGO, ISABEL DEL POZO CABALLERO, JOSEFA SEGOVIA HARO Y ISABEL VILLOTE PEREZ 1595

326	EL PAPEL DEL AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN EL AREA DE URGENCIAS CARMEN LÓPEZ LÓPEZ, MARIA DEL CARMEN ARRIBAS CAMARGO, ISABEL DEL POZO CABALLERO, JOSEFA SEGOVIA HARO Y ISABEL VILLOTE PEREZ	1599
327	LA NORMATIVA EN MATERIA DE PROTECCIÓN DE DATOS DEL AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN LOS CENTROS DE SALUD CARMEN LÓPEZ LÓPEZ, MARIA DEL CARMEN ARRIBAS CAMARGO, ISABEL DEL POZO CABALLERO, JOSEFA SEGOVIA HARO Y ISABEL VILLOTE PEREZ	1605
328	EL SECRETO PROFESIONAL EN LA SANIDAD POR EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO MARIA INMACULADA LOSA MARÍN, BEATRIZ DEL PINO FERNÁNDEZ Y MARIA PILAR SANCHEZ FABRA	1611
329	EL DESEMPEÑO DEL AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN EL REGISTRO VICENTE JIMÉNEZ MONTALVO Y VANESA BARAHONA SÁNCHEZ DE LEÓN	1615
330	PAPEL DEL AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN ESTUDIOS DE POBLACIÓN: TIPOS DE PROGRAMAS ESTADÍSTICOS VICENTE JIMÉNEZ MONTALVO Y VANESA BARAHONA SÁNCHEZ DE LEÓN	1619
331	EL SECRETO PROFESIONAL POR PARTE DEL AUXILIAR ADMINISTRATIVO VANESA BARAHONA SÁNCHEZ DE LEÓN Y VICENTE JIMÉNEZ MONTALVO	1623
332	EL DERECHO A LA CONFIDENCIALIDAD EN EL ÁMBITO SANITARIO BELÉN GARCÍA PARRONDO	1627
333	CAÍDAS EN EL CENTRO HOSPITALARIO EVA MARÍA RIESCO MENÉNDEZ Y CARLA BRAÑA SUAREZ	1631

334	LENGUAJE NO VERBAL EN EL ÁMBITO SANITARIO EVA MARÍA RIESCO MENÉNDEZ Y CARLA BRAÑA SUAREZ	1635
335	LA CALIDAD EN LOS CENTROS SANITARIOS NATALIA GARCIA ANTUÑA	1639
336	EL SISTEMA NACIONAL DE ACOGIDA E INTEGRACIÓN DE PERSONAS SOLICITANTES Y BENEFICIARIAS DE PROTECCIÓN INTERNACIONAL. JUAN PÉREZ PALACIOS, MARIA ESTELA LA PARRA SALCEDO, PIEDAD YOLANDA PAUCAR PAUCAR Y MYRIAM JEANNETH PAUCAR PAUCAR	1645
337	HISTORIA Y SITUACIÓN ACTUAL DE LAS PERSONAS MAYORES EN ESPAÑA JUAN PÉREZ PALACIOS, MYRIAM JEANNETH PAUCAR PAUCAR, PIEDAD YOLANDA PAUCAR PAUCAR Y MARIA ESTELA LA PARRA SALCEDO	1651
338	EL TRABAJO SOCIAL EN LOS CUIDADOS PALIATIVOS. JUAN PÉREZ PALACIOS, PIEDAD YOLANDA PAUCAR PAUCAR, MYRIAM JEANNETH PAUCAR PAUCAR Y MARIA ESTELA LA PARRA SALCEDO	1657
339	EL EQUIPO MULTIDISCIPLINAR Y EL PROCESO DE ATENCION PRIMARIA ORIENTADO A LA COMUNIDAD LAURA MUÑIZ DÍEZ	1663
340	ÁREAS ADMINISTRATIVAS: REFORZAR SU PAPEL E IMPLICACIÓN EN ACTIVIDADES COMUNITARIAS LAURA MUÑIZ DÍEZ	1667
341	EL PERSONAL DE ENFERMERÍA O DUE EN LA SALA DE INTERVENCION QUIRÚRGICA. MÓNICA RUIZ PAJARES	1671
342	EFFECTOS DE LA ILUMINACIÓN EN EL PUESTO DE TRABAJO EN HOSPITALES PELAYO SUÁREZ GONZALEZ	1675

343	EL ESTRÉS DE LOS TRABAJADORES EN LOS HOSPITALES PELAYO SUÁREZ GONZALEZ	1679
344	EL CELADOR DENTRO DEL EQUIPO DE ATENCION PRIMARIA MARIA JOSE VIZCAINO GONZALEZ, JOSE ANGEL GARCIA SERRANO, LAURA RUIZ GÓMEZ, EVA MARIA SÁNCHEZ CASTRO Y GEMA URDIALES FERNÁNDEZ	1683
345	PAPEL DEL CELADOR EN LOS PRIMEROS AUXILIOS. REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA. JOSE ANGEL GARCIA SERRANO, MARIA JOSE VIZCAINO GONZALEZ, LAURA RUIZ GÓMEZ, EVA MARIA SÁNCHEZ CASTRO Y ALEJANDRO GARCÍA BERNET	1687
346	MENOPAUSIA Y SU TRATAMIENTOS FARMACOLÓGICOS. AMELIA AGUARON LANGARITA	1691
347	ENFERMEDADES CRONICAS DAVID FONDON GONZALEZ	1695
348	ACTUACIÓN DEL CELADO EN CUANTO AL TRASLADO DE DOCUMENTACIÓN CLÍNICA. REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA LAURA RUIZ GÓMEZ, MARIA JOSE VIZCAINO GONZALEZ, JOSE ANGEL GARCIA SERRANO Y EVA MARIA SÁNCHEZ CASTRO	1699
349	ACTUACIÓN DEL CELADOR EN UNA PLANTA HOSPITALARIA. REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA. MONTSERRAT FELIPE AUÑON, FRANCISCO FRAILE GIL Y MARIA SANCHEZ CAMARA	1703
350	ORGANIZACION DEL SISTEMA SANITARIO DE SALUD GEMMA ALONSO COMBARRO	1707
351	EL CELADOR. EL EMPLEO DE GUANTES SANITARIOS EN EL DESEMPEÑO DE SUS FUNCIONES.REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA. MARIA SANCHEZ CAMARA, FRANCISCO FRAILE GIL Y MONTSERRAT FELIPE AUÑON	1711

- 352 RIESGOS POR EXPOSICIÓN A AGENTES BIOLÓGICOS EN LAS
COCINAS DEL ÁMBITO SANITARIO Y NO SANITARIO. REVISION
BIBLIOGRÁFICA**
LORENA FERNÁNDEZ CASTAÑÓN, MARIA BEGOÑA SIERRA
GARCIA Y TAMARA IGLESIAS RODRIGUEZ 1715
- 353 RIESGOS ERGONÓMICOS EN EL PUESTO DEL PERSONAL
AUXILIAR ADMINISTRATIVO**
MARÍA DOLORES MARTÍNEZ GONZÁLEZ, ISABEL PEREGRINA
MARQUEZ, MARIA MONICA SANCHEZ MARTINEZ, AIDA CUEVA
HEVIA Y MARÍA DEL CARMEN GANSO SUÁREZ 1719

Capítulo 1

TRATAMIENTO DE HERIDAS COMPLEJAS CON TERAPIA DE PRESIÓN NEGATIVA

AMANDA GONZÁLEZ HERNÁNDEZ

ELENA AMOR LIBRAN

NURIA REDONDO HERNANDO

ANDRES GARCÍA SORROCHE

MARIA CASTELLANOS GÓMEZ

1 Introducción

Una de las principales competencias de los profesionales de Enfermería son la de valorar y tratar curas de heridas, desde las más simples hasta las más complejas. Para ello existen diversos tratamientos a nuestra disposición que van desde los más modernos hasta los más arcaicos. El objetivo del presente trabajo es dar a conocer el uso de nuevas técnicas, que den lugar a la obtención de mejores resultados en el campo del tratamiento de las heridas agudas y crónicas. Las úlceras de pie diabético son heridas complicadas, los métodos empleados hoy en día no son lo suficientemente efectivos para alcanzar la curación total de este tipo de heridas. A todo lo anterior hay que añadir que este tipo de úlceras suponen una experiencia traumática tanto para el paciente como para su familia, ya que suelen tener una evolución tórpida y demorada en el tiempo, generando a su vez un

gran impacto económico para la sanidad pública. La terapia de presión negativa (TPN) supone un avance que, según los artículos consultados, mejora la calidad de vida de los pacientes y la evolución de la úlcera.

En el presente trabajo voy a hablar sobre la terapia de presión negativa (TPN), su uso en diferentes tipos de heridas, haciendo hincapié en las úlceras de pie diabético. Daré a conocer su eficacia, contraindicaciones y riesgos derivados de su uso. Con respecto a las úlceras de pie diabético, hablaré sobre su prevención y tratamiento convencional, haciendo una comparación de resultados con respecto al uso de la TPN.

2 Objetivos

Objetivo principal:

- Conocer la efectividad de la terapia de presión negativa en el tratamiento de las úlceras de pie diabético.

Objetivos secundarios:

- Dar a conocer los tipos de tratamientos de las heridas.
- Comparar resultados entre la TPN y la cura convencional de úlceras de pie diabético.
- Estudiar ventajas y desventajas de la TPN.

3 Metodología

El trabajo realizado consistió en una revisión bibliográfica cuya elaboración se centró en la localización de artículos en diferentes fuentes documentales desde diciembre del 2021 hasta febrero del 2022. Se efectuó una búsqueda a través de las bases de datos PubMed, Lilacs y Scielo. También en Webs oficiales como el Grupo Nacional para el estudio y asesoramiento en Úlceras por Presión y Heridas Crónicas (GNEAUPP). Para la búsqueda en bases de datos se utilizaron los siguientes Medical Subject Headings (MeSH): Negative pressure therapy, Mellitus Diabetes, Acute and chronic wounds and diabetic foot ulcer y los siguientes Descriptores en Ciencias de la Salud (DeCS): Terapia de presión negativa, Diabetes Mellitus, Heridas agudas y crónicas, y Úlcera de pie diabético.

Tras realizar una exhaustiva selección de los documentos encontrados por los diferentes buscadores mencionados anteriormente, consultando en un principio el título y el resumen, también se consultaron los documentos que aparecían

como de referencia para los anteriores, con el fin de encontrar más información de interés para la confección de dicho trabajo.

Los métodos de inclusión han sido ensayos clínicos controlados aleatorizados, metaanálisis, estudios prospectivos de casos y controles, y retrospectivos; en español o inglés, de 5-10 años de antigüedad y cuya información estuviese relacionada con la efectividad del uso de TPN en úlceras de pie diabético y la comparación entre la cura convencional con diferentes apósitos y el uso de la TPN en el tratamiento de úlceras de pie diabético.

He encontrado un total de 120 artículos, de los cuales he utilizado 18. De estos 120 artículos 85 los he encontrado en la base de datos PubMed, 20 en la base de datos Scielo y 15 en la base de datos Lilacs. De los 18 artículos empleados, 7 son en inglés y 11 en español.

4 Resultados

Uso de TPN en distintos tipos de heridas:

Según la Food and Drug Association (FDA), la TPN puede utilizarse en diferentes tipos de heridas que necesiten estimular los procesos de reparación tisular. Estas pueden ser agudas, subagudas y/o crónicas, y va dirigida especialmente a aquellas hipoperfundidas o con mucho exudado. Entre sus indicaciones se encuentran heridas infectadas, áreas injertadas, úlceras de MMII de cualquier etiología, úlceras por presión, quemaduras y pies diabéticos.

El tratamiento de las heridas puede ser de tres tipos:

1. Cura tradicional o seca. Uso de apósitos de diferentes características que cubren la herida y suelen ser cambiados cada 24h.
2. Cura avanzada o en ambiente húmedo. Uso de gasas y apósitos humedecidos con suero fisiológico para mantener la herida en un ambiente húmedo. Estos apósitos ayudan a la cicatrización de la herida, sin ser necesaria su retirada de forma diaria.
3. Cura con técnicas avanzadas. Implica la utilización de ciertas tecnologías específicas, como por ejemplo el uso de la TPN. Para usar este tipo de técnicas hay que valorar coste-eficacia desde el punto de vista clínico. Se puede aplicar en múltiples heridas, lesiones y dehiscencias quirúrgicas complejas, amplias y con retraso en la cicatrización.

Las heridas agudas suelen cicatrizar inmediatamente, aunque en ciertas oca-

siones, por características de la herida o enfermedades concomitantes del paciente no ocurre así. Una fractura abierta en MMII sería un buen ejemplo de herida aguda con un alto riesgo de ser infectada. Lo primero que se realizaría sería un desbridamiento completo y cuidadoso de la herida, para posteriormente estabilizar la fractura. El uso de la TPN en este tipo de heridas es muy útil para el control de infecciones.

Las heridas crónicas son aquellas que se curan dentro del tiempo esperado. Algunas de ellas precisan cirugía reconstructiva quedando descartados ancianos, pacientes con déficits nutricionales y/o con pluripatologías. La TPN mantiene la herida limpia, estimula el crecimiento de tejido de granulación, evitando la necesidad de cirugía reconstructiva. Puede usarse en úlceras de pie diabético, úlceras por presión, y úlceras crónicas.

Los beneficios de esta modalidad de tratamiento derivan de su mayor eficacia respecto a curas convencionales con menor necesidad de curas, mayor confort del paciente y menor tiempo de estancia hospitalaria, que se traduce en menor coste. Protege frente a la infección al sellar la herida; además, el cambio de apósitos se realiza cada 3-5 días, por lo tanto, se reduce aún más el riesgo de contaminación. En el caso de que se pierda el sellado y se vaya el vacío es preciso retirar los apósitos y proceder al cambio de estos. La duración del tratamiento es variable y dependerá del objetivo terapéutico, la patología y el tamaño de la herida.

Una de las principales desventajas es que este sistema se considera caro con respecto al uso de apósitos, por eso hoy en día su uso está restringido, sobre todo fuera del ámbito hospitalario. El mayor coste proviene de las largas estancias de hospitalización, del tiempo de Enfermería y del abordaje de sus complicaciones.

Contraindicaciones del uso de la TPN:

Las contraindicaciones de la TPN son escasas, limitándose a heridas con hemorragia no controladas, tumores, osteomielitis no tratada, fistulas de alto débito, sensibilidad a la plata heridas con presencia de tejido necrótico, en venas, arterias o nervios expuestos, en lugares con anastomosis, en órganos expuestos y en pacientes psiquiátricos. Hay que desbridar todas las heridas con tejido necrótico antes de aplicar la terapia de presión negativa. Es importante realizar una evaluación correcta de la herida, y antes de aplicar esta terapia desbridar la herida y eliminar los esfacelos y restos necróticos.

Complicaciones del uso de la TPN:

Existen diversos riesgos derivados del uso de la TPN, como por ejemplo sangrado

al retirar la esponja o erosión del tejido sano que se encuentra alrededor de la herida por la presión que ejerce el tubo del sistema. Estos casos suelen darse en residencias de ancianos o en el ámbito domiciliario. Es fundamental que los candidatos a esta terapia cumplan una serie de requisitos antes de facilitarles el sistema.

El dolor es otro de los riesgos derivados del uso de esta terapia, el cual es considerado parte de este y que no puede ser evitado. Esto implica un aumento del uso de analgésicos durante su aplicación. El dolor cesa a medida que el paciente avanza en el tratamiento pudiendo indicar que, aunque la TPN puede ser tan dolorosa como otros tratamientos, el dolor puede ser menos prolongado a corto plazo, siendo mayor en aquellos pacientes que tienen una sensibilidad conservada.

Otros de los riesgos derivados es el sangrado causado por la ruptura del tejido que crece dentro del apósito durante el cambio de este. Suele ser un pequeño sangrado y en un porcentaje muy bajo de pacientes.

Otra de las complicaciones derivadas y una de las más frecuentes es la maceración perilesional, siendo a su vez la más leve y fácil de resolver. Esta complicación puede ir unida junto a la destrucción de tejido perilesional y dolor. Para solucionarlo es necesario utilizar una adecuada descarga de la lesión, apósitos para el control del exudado y/o apósitos de barrera para evitar el deterioro de la piel por el dispositivo.

Complicaciones de la Diabetes Mellitus:

Las principales complicaciones de la diabetes son macrovasculares, microvasculares y la neuropatía.

1. Enfermedades macrovasculares: enfermedad cardiovascular, cerebrovascular y vascular periférica.

2. Enfermedades microvasculares: nefropatía y retinopatía.

3. Neuropatía: periférica, con afectación principal en piernas y pie.

Las úlceras de pie diabético aparecen en el 25 % de los pacientes con DM y suelen dar lugar a una larga estancia hospitalaria. La infección, neuropatía e isquemia están siempre presentes.

Prevención de las úlceras de pie diabético:

La prevención se divide en tres niveles, realizándose diferentes intervenciones en cada uno de ellos. Prevención significa evitar la aparición de una enfermedad. Realizando acciones anticipatorias frente a situaciones indeseables, con el objetivo de promover la salud y reducir los riesgos de desarrollar una enfermedad.

A continuación, voy a definir los tres tipos:

1. Prevención primaria. Comprende el conjunto de acciones que están destinadas a disminuir la incidencia de alteraciones en el pie diabético del paciente.

- Controlar las complicaciones de la diabetes, es importante la detección precoz y tratamiento de estas personas ya que pueden tener complicaciones cardiovasculares, renales u oculares.
- Controlar factores de riesgo de vasculopatía periférica: hiperglucemia, tabaquismo, HTA y dislipemia.
- Valorar el pie diabético. Se trata de vigilar y examinar el pie, es fundamental para identificar el riesgo de ulceración o amputación. Tiene que ser al menos una vez al año y se tienen que valorar pulsos, neuropatía, piel, deformidades y el uso del calzado. La neuropatía periférica con pérdida de sensibilidad es el principal pronóstico para la aparición de úlceras y amputaciones.

Podemos disponer de herramientas útiles para su detección, como el monofilamento de 10g y el diapasón (128 Hz). Estas herramientas deben usarse en cualquiera de los niveles de prevención ya que su detección precoz va a permitir evitar un gran número de lesiones y amputaciones. Existen varios factores de riesgo que están relacionados con la úlcera de pie diabético y son: úlcera y/o amputación previa, neuropatía sensorial o motora, traumatismo, biomecánica, enfermedad vascular periférica y situación socioeconómica.

- Categorizar el riesgo. La frecuencia de reconocimiento que se debe llevar a cabo en este tipo de pacientes se puede observar en la siguiente tabla:

La educación terapéutica es fundamental en el tratamiento no farmacológico de la diabetes para que se garantice el conocimiento, la habilidad y la actitud necesaria para su autocuidado y el control de su enfermedad. Se debe aplicar un programa educativo general, planificado y estructurado que incluya la higiene y el autocuidado del pie.

Algunas de las recomendaciones para la prevención de lesiones del pie diabético son:

- Control riguroso de la glucosa.
- No fumar.
- Inspección diaria de los pies con el objetivo de detectar lesiones ampollas, hemorragias o maceraciones. Se puede ayudar de un espejo para examinar el pie completamente. Revisar el dorso, las zonas interdigitales y la planta del pie. De esta manera, se puede detectar cualquier variación de la piel o de la uña de forma precoz.
- Lavar los pies con agua y jabón durante 5 minutos, continuando con un aclarado y secado exhaustivo, incidiendo más en zonas interdigitales.

- Aplicar crema hidratante tras el baño.
- Cortar o limar las uñas en línea recta.
- Asegurarse de que no hay ningún objeto dentro del calzado que pueda lesionar o desencadenar una úlcera.
- Cambiarse los calcetines a diario.
- No caminar sin calzado ni en casa ni fuera de ella.
- No calentar los pies con bolsas de agua caliente o almohadillas eléctricas.
- Acudir al podólogo para tratar las uñas encarnadas o callosidades.
- Acudir al Centro Sanitario si hinchazón, enrojecimiento o maceración (aunque sea indolora).

2. Prevención secundaria: cuando ya existe un pie de riesgo, se actúa de manera preventiva interrumpiendo la afección mediante un tratamiento precoz para disminuir la categoría de riesgo o evitar secuelas. Hay que detectar, cuidar y tratar precozmente las alteraciones ya manifestadas en el pie y que no pudieron ser evitadas en la prevención primaria.

3. Prevención terciaria. Aquí es cuando se trata la lesión, úlcera o gangrena, evitando que sus complicaciones terminen en amputación, y se rehabilitará en caso de amputación que no pudo ser evitada.

5 Discusión-Conclusión

En los últimos años la TPN se ha establecido como una buena opción para el tratamiento de heridas agudas y crónicas, y para úlceras de pie diabético en particular. Es un método no invasivo que funciona a través de presiones controladas, intermitentes o continuas, cuyas ventajas, entre otras, son la de mejorar la cicatrización y proporcionar un entorno húmedo y seguro mejorando la calidad de vida del paciente.

La evidencia ha demostrado que es una terapia igualmente efectiva para el tratamiento de heridas crónicas que los métodos convencionales basados en la cura en ambiente húmedo con apósitos, como por ejemplo hidrocoloides. Esto supone un avance que abre un nuevo campo de estudio con potencial para mejorar la cicatrización de este tipo de heridas.

Por último, con este trabajo se ha pretendido seleccionar y recopilar la información más relevante sobre la terapia de presión negativa y sus beneficios en las heridas crónicas, haciendo hincapié en la úlcera del pie diabético, para así dar

la oportunidad al colectivo enfermero de escoger, basándose en la máxima evidencia posible, entre los distintos tratamientos según lo que el paciente requiera para conseguir un tratamiento óptimo basado en cuidados de calidad.

6 Bibliografía

1. Navarro Cid F, García Ruano AA, Luanco García M, Jiménez Martín A, Sicre González M. Terapia por presión negativa en el manejo de heridas complejas en traumatología. Innovación e indicación. Rev. S. And. Traum. y Ort [internet]. 2014 [citado 12 Dic 2021]; 31(2/2):17-23. Disponible en: <https://www.portalsato.es/documentos/revista/Revista14-2/2014-2.%2003.pdf>.
2. Sarabia Cobo CM, Castanedo Pfeiffer C. ¿En qué consiste la presión tópica negativa? ¿Es eficaz/eficiente en el cierre de heridas complejas? Revisión del tema. Gerokomos [internet] 2014 [citado 09 enero 2022]; 25 (1): 44-47. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.phpscript=sci_arttext&pid=S1134-928X2014000100010.
3. Chenyu Huang MD et al. Effect of negative pressure wound therapy on wound healing. Elsevier [Internet] 2014 [citado 20 enero 2022]; 51 (7): 301-331. Disponible en: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0011384014000847>.
4. Upton D, Andrews A. Pain and trauma in negative pressure wound therapy: a review. International Wound Journal [internet] 2015 [citado 22 enero 2022]; 12 (1): 100-5.
5. García Oreja S, Navarro González-Moncayo J. Complicaciones asociadas a la terapia de presión negativa en el tratamiento de úlceras de pie diabético. Rev. Complutense de Ciencias Veterinarias [internet] 2017 [citado 01 febrero 2022]; 11(especial): 277-282. Disponible en: <file:///C:/Users/Amanda/Downloads/55686-Texto%20del%20art%C3%ADculo-109336-2-10-20170425.pdf>.

Capítulo 2

COMPLICACIONES DE LA FRACTURA DE CADERA EN EL ADULTO MAYOR

JESICA FRAILE CUESTA

1 Introducción

El envejecimiento de la población mundial constituye un reto para los sistemas sanitarios, puesto que una mayor longevidad no debe significar que pasen más años padeciendo un mal estado de salud. En esta línea, son numerosos los trabajos que abordan los problemas que se detectan asociados al envejecimiento, tanto desde una perspectiva social, como sanitaria y psicoafectiva. Existen numerosas voces que alertan de los desafíos que se presentan durante la etapa de la vejez. Además, es preciso tener en cuenta que las patologías que se desarrollan durante esta etapa son, por lo general, de carácter crónico y que la multimorbilidad se vuelve una realidad patente durante esta fase de la vida. Así lo advierte la OMS, quien expone que el envejecimiento se asocia a un aumento en la probabilidad de que un individuo presente varias enfermedades crónicas a la vez, detectándose esta situación hasta en la mitad de las personas de esta franja etaria. Por otro lado, los trastornos psicoafectivos también pueden detectarse en esta etapa, es posible encontrar cuadros de ansiedad y depresión, generalmente subyacentes a las sintomatologías de las patologías que desarrollan. Finalmente, las enfermedades neurodegenerativas que afectan tanto a los músculos como al sistema nervioso central son características de la vejez, tales como la demencia, el Alzheimer o el Parkinson, entre otros (OMS, 2015).

A la afecciones anteriores, podemos añadir otra problemática frecuente, las caídas de los mayores que pueden acabar en una fractura de cadera, la cual se considera una de las lesiones más devastadoras para las personas ancianas, ya que

supone un punto de inflexión que marcará la evolución de su salud, afectando su independencia y funcionalidad, e incluso algunas de ellas posiblemente nunca vuelvan a ser las mismas de antes. En los casos más graves, pueden tener como resultado la muerte (Negrete-Corona, Alvarado-Soriano, & Reyes-Santiago, 2014). La fractura de cadera se denomina la “epidemia silenciosa” y es responsable de aproximadamente 300.000 ingresos hospitalarios al año en los Estados Unidos y una de las 12 causas principales de mortalidad, ya que aproximadamente un 10 % de estos pacientes fallecen antes de los primeros tres meses de tratamiento (Rodríguez, Turiño, & Fábregas, 2015).

Según Negrete et al., en su artículo “Fractura de cadera como factor de riesgo en la mortalidad en pacientes mayores de 65 años” documenta que hasta el 50% de los adultos mayores con fractura de cadera fallece en los primeros seis meses posteriores a la lesión y un gran número queda con secuelas y nunca recupera el nivel previo de autonomía, funcionalidad e independencia (Negrete et al., 2014).

Pese a que casi un 50 % deberá recuperarse a su estado previo, en torno al 40 % de los pacientes que sufran una fractura de cadera requerirán ayuda (en alguna actividad funcional mayor o por medio de aditamentos como el bastón), 12 % limitarán su funcionalidad independiente a la casa y solo 8 % no serán funcionales.

Los artículos de investigación sobre la incidencia de fracturas de cadera en adultos mayores de España son numerosos. En el año 2000 se reportaron 1.6 millones de fracturas de cadera en el mundo, lo que representa un problema para la salud pública mundial (Beaupre et al., 2013).

Tanto la perspectiva multidisciplinar propuesta, como las posibilidades de prevención, han puesto en evidencia el interés de abordar el presente estudio desde una aproximación enfermera, en la que se desarrollen tanto la prevención como un plan de cuidados estandarizado al paciente que ha sido sometido a una cirugía de prótesis de cadera.

2 Objetivos

Comprender la problemática asociada a la fractura de cadera, los factores de riesgo de la fractura, así como las complicaciones derivadas de la reducción de la misma.

3 Metodología

Para el desarrollo del presente trabajo, se realizó una búsqueda de literatura y se revisaron distintos protocolos, así como artículos en los que se abordase la temática de interés propuesta. Estos documentos se recuperaron de las principales bases de datos: Cinhal vía ESCBO Host, Chrocrane, Clinical Key, PubMed, Scielo, Elsevier, también se realizaron búsquedas manuales en el buscador de Google.

La elección de términos para la búsqueda en español fue: Fractura de cadera, ancianos, adultos mayores, enfermería y mayores de 65 años, que se tradujeron al inglés en aquellas bases de datos que así lo requieren.

Las palabras clave fueron combinadas utilizando el operador booleano AND y formando las estrategias de búsqueda correspondientes.

Se recopiló información en español e inglés y se adecuaron los siguientes criterios de inclusión para gestionar los documentos recuperados:

Documentos publicados entre 2010 y 2019.

Artículos, guías de cuidados, protocolos médicos.

Publicaciones que abordasen la situación de pacientes con fracturas de cadera a los que se pudiera acceder a texto completo.

4 Resultados

La mayor longevidad detectada en la población de países desarrollados refleja una mejora en la salud mundial; pero vivir más años no siempre se relaciona con una buena calidad de vida, el aumento de la esperanza de vida plantea nuevos desafíos para la humanidad. Actualmente, en España la esperanza de vida se encuentra dentro de las más elevadas de Europa, con cifras de 80,3 años para los hombres y de 85,8 años para las mujeres (Instituto Nacional de Estadística, 2018). Pero el envejecimiento en nuestro país seguirá creciendo de modo que, para el año 2060, se prevé que un tercio de su población estará compuesta por adultos mayores, destacando el incremento de personas octogenarias que, previsiblemente para este año, alcanzará un 13 % de la población total (Del Barrio & Abellán, 2008).

El envejecimiento de la población mundial constituye un reto para los sistemas sanitarios, puesto que una mayor longevidad no debe significar que pasen más años padeciendo un mal estado de salud. En esta línea, son numerosos los trabajos que abordan los problemas que se detectan asociados al envejecimiento, tanto desde una perspectiva social, como sanitaria y psicoafectiva. Existen numerosas

voces que alertan de los desafíos que se presentan durante la etapa de la vejez. Al envejecer tienen lugar cambios físicos y psicológicos propios de la edad, la salud disminuye notablemente y aparecen diversos cuadros patológicos, como los síndromes geriátricos.

Gómez, en su artículo define los cuatro grandes síndromes geriátricos, todos ellos constituyen factores de riesgo para las fracturas de caídas. Estos factores de riesgo son los siguientes: problemas de movilidad, inestabilidad-caídas, inmovilidad, deterioro cognitivo y la incontinencia urinaria, en torno a los cuales se profundiza a continuación (Gómez, A., 2005).

Problemas de movilidad:

Las complicaciones asociadas a la inmovilización prolongada son devastadoras, las más comunes son úlceras de decúbito, la trombosis venosa y la posible embolia pulmonar secundaria. Las más graves son la reducción de las capacidades ventilatoria y cardíaca.

La complicación más grave es la muerte, existen informes alarmantes en los que se documenta que hasta 50 % de los pacientes con fractura de cadera muere en los primeros seis meses posteriores a la lesión y un gran número de los que sobrevive no recupera su nivel previo de independencia y funcionalidad, otras complicaciones más leves pero igualmente importante son: trombosis venosa profunda, úlceras por presión, infección urinaria e infección de la herida quirúrgica (López et al., 2015).

La incidencia de infecciones nosocomiales es alta según un Estudio Nacional sobre los Efectos Adversos ligados a la Hospitalización en España (ENEAS, 2005) los pacientes mayores de 65 años tienen 2,5 veces más riesgo de sufrir un EA (efecto adverso) que otro paciente de menor edad y se ha constatado la asociación entre la alteración de las barreras naturales de entrada (sondas y cateterismos, de las que serán portadores la mayoría de los pacientes que nos ocupan) y este riesgo superior a sufrir EA (López et al., 2015).

Inestabilidad, caídas:

Está demostrado que el riesgo de caídas aumenta con la edad y, está influido por diferentes factores, como por ejemplo, cambios neuromusculares, deterioro general, disminución de los mecanismos de defensa frente a las caídas.

Las maniobras para disminuir la energía del impacto se vuelven más lentas o incluso inadecuadas, menor balanceo de brazos al caminar, pasos más cortos, disminución de los reflejos, deterioro del estado de alerta por el consumo de ansiolíticos o psicótropos, enfermedades neurológicas que afectan el aparato loco-

motor (enfermedad de Parkinson, enfermedades cerebrovasculares, a las que se hace referencia anteriormente), enfermedades que afectan la capacidad visual (cataratas presbicia, degeneración macular asociada a la edad) o los estados de demencia senil (Negrete et al., 2014).

Hay dos grandes factores que contribuyen en la alta incidencia de fracturas de cadera en las personas mayores, la poca densidad ósea y las caídas a pie plano, siendo este último factor la causa más importante de dicha fractura (Negrete et al., 2014). El número de caídas previas es un factor predictor para otras nuevas y, por ende, del riesgo de fracturas. Así, la escala Downton analiza el riesgo de caídas en función de una serie de factores, tal como se plantea a continuación (Figura 1). Gracias a esta herramienta, el profesional sanitario puede constatar (mediante una simple suma de puntos correspondiente a la evaluación) el riesgo real de que un paciente sufra una caída (Downton, 1993).

Según Riemen y Hutchison, los pacientes más frágiles y enfermos del hospital son ancianos que presentan fracturas de cadera, la mayoría de estos pacientes tiene enfermedades concomitantes y problemas médicos complejos, estos pacientes tienen que pasar por desafíos fisiológicos como la cirugía de cadera; lo que implica que su tratamiento tiene que ser manejado por un equipo multidisciplinario para abordar todas las necesidades que se puedan presentar, como las requerimientos analgésicos, procedimientos, reaccionar a las necesidades cognitivas, nutricionales, sociales y de rehabilitación (Riemen & Hutchison, 2016).

Osteoporosis:

La osteoporosis se encuentra íntimamente relacionada con la disminución de la movilidad del paciente geriátrico, puesto que esta circunstancia implica, además de lo expuesto previamente, la atrofia muscular, disminución de la fuerza muscular y la masa ósea (Abizanda & Rodríguez, 2015; Baptista & Vaz, 2009 y Kortebein, Ferrando Paddon-Jones, 2009).

El principal factor predisponente para la fractura de cadera es el antecedente de osteoporosis. La osteoporosis es la enfermedad metabólica más frecuente del hueso, que se caracteriza por ser poco denso, frágil y tendente a la fractura (De la Torre et al., 2012).

La falta de densidad ósea es considerada un problema de salud pública mundial creciente, que a medida que la población aumenta y envejece, se erige como una epidemia silenciosa pues su inicio progresivo y no produce síntomas significativos hasta que se revela con una fractura (Leyton, Devetak, & Paul, 2018).

Existe tratamiento profiláctico, que se orienta en la prevención de la fractura por fragilidad del hueso, consta de una dieta rica en calcio y vitamina D, pero como la enfermedad no produce síntomas ni dolor, generalmente la población no la

previene hasta que ya es muy tarde y el hueso ya ha perdido su consistencia.

Deterioro cognitivo:

El deterioro cognitivo es un factor de riesgo para las caídas y las fracturas de cadera en ancianos. La disfunción cognitiva es más prevalente en la población de edad avanzada, se caracteriza por una degeneración estructural y neuroquímica cerebral que se evidencian a través de la disminución de la atención y apraxia de la marcha. Los pacientes con deterioro cognitivo tienen una incidencia anual de caídas de un 40-60 %. En esta línea, el grupo de Pérez señala que el riesgo de caídas entre pacientes con deterioro cognitivo fue superior a individuos de su misma edad en los que no existe alteración cognitiva, por lo que establecen una correlación positiva entre ambas particularidades: el deterioro cognitivo y el riesgo de caídas (Pérez, et al, 2018).

Incontinencia urinaria:

Otro de los aspectos que señalan los especialistas en torno al cual es fundamental la prevención, es respecto a la incontinencia urinaria, puesto que estos pacientes están asociados a un mayor riesgo de caídas. Además, tal como expone el grupo de Chiang la incontinencia urinaria afecta a ambos sexos y se intensifica con la edad, incrementándose la relevancia en función del envejecimiento (Chiang, Valdevenito & Mercado, 2018).

En esta línea, debe tenerse en cuenta que aquellos pacientes con incontinencia urinaria deben ser manejados y reeducados en el riesgo de caídas, puesto que éstas constituyen a su vez un factor de riesgo en la fractura de cadera.

En los adultos mayores la causa más frecuente de ingreso en el hospital en los servicios de traumatología y ortopedia es la fractura de cadera y son los pacientes que mayor morbilidad y mortalidad presentan en dichos servicios (López et al., 2015).

Según Negrete et al. “la incidencia de caídas aumenta exponencialmente con la edad. A los 60 años, 15 % de la población sufre al menos una caída anual, a los 65 años este porcentaje asciende hasta el 28 % y el 35 % a los 75 años, siendo mayor la prevalencia en la mujer que en el hombre en una relación 2 a 1, aunque a partir de los 75 años la incidencia se iguala en ambos sexos (Negrete et al., 2014).

Se calcula que, a los 80 años de edad, 50% de los ancianos sufren al menos una caída al año, 15% varias caídas, 15 % sufren traumatismos frecuentes y 5 % traumatismos habituales, la incidencia es aún mayor en ancianos internados en instituciones por el peor estado mental y los cambios en el espacio arquitectónico”.

Las fracturas de cadera son un punto de inflexión en la vida de los mayores, la

morbimortalidad asociadas a esta lesión son altas. Riemen y Hutchison afirman que aproximadamente el 10 % de los pacientes que mueren en el plazo de 1 mes, el 30 % al año y el 80 % a los 8 años después de la fractura de cadera. Esto también lo afirma De la Torre, quien sostiene que la fractura de cadera se asocia a una mortalidad entre el 15-30 % al cabo de un año y una incapacidad que obliga a la asistencia y cuidados permanentes entre el 30- 50 % de los casos (Riemen & Hutchison, 2016; De la Torre et al., 2012).

Diferentes estudios afirman que en España puede estimarse que de los casi 40.000 pacientes que sufren anualmente una fractura de cadera, fallecerán unos 10.000 durante los doce meses posteriores a la misma (Negrete et al., 2014; López et al., 2015).

La principal causa de muerte en los adultos mayores que tuvieron esta fractura es la sepsis, lo que se explica por una mala técnica estéril durante la resolución quirúrgica, el tiempo prolongado de hospitalización, mala red de apoyo familiar en el hogar y el mal cuidado de la herida quirúrgica, entre otros; otras causas de muerte son la bronconeumonía y embolismo producidas por la poca o ninguna movilización de los enfermos, constituyendo estos los factores postfractura que mayor riesgo implican (Negrete et al., 2014).

En este contexto, se indaga en las principales complicaciones que pueden detectarse entre los pacientes ingresados con dicho problema en las instituciones hospitalarias; el resultado es que las principales complicaciones se asocian a los tratamientos quirúrgicos, en los que se profundiza a continuación (López et al., 2015).

El tratamiento quirúrgico de la fractura de cadera supone la inclusión de una prótesis en dicha zona, recuperándose de este modo cierto grado de movilidad para el paciente.

La resolución quirúrgica inmediata es muy importante, así lo explican el grupo de López, quienes encontraron una relación entre el tiempo de espera prolongado de la cirugía con un mayor riesgo de complicaciones (López, et al, 2015). Dicha conclusión es compartida por otros investigadores, puesto que también se sugiere que la pronta solución quirúrgica.

Disminuye la mortalidad, cada dos días de espera quirúrgica se duplica el riesgo (Negrete, et al, 2014).

Las complicaciones son más frecuentes en personas de ciertas características como: edad más avanzada, sexo masculino, mala función previa, necesidad de transfusión, y en los que padecen ciertas enfermedades (insuficiencia cardíaca, di-

abetes, EPOC, insuficiencia renal, neoplasias, malnutrición, deshidratación, hepatopatías y secuelas de accidentes cerebro vasculares, entre otras), así como en aquellos en los que se retrasa la cirugía, pacientes con tres o más comorbilidades asociadas el tipo de vida sedentario y la demencia.

5 Discusión-Conclusión

La fractura de cadera es una patología muy común en el adulto mayor y con alta morbilidad. Por esta razón es imprescindible un manejo temprano y multidisciplinar para disminuir el riesgo de complicaciones y mortalidad. En este tipo de pacientes la edad elevada, las diferentes comorbilidades y la dependencia funcional se asocian a la mortalidad.

Cada fractura de cadera en el adulto mayor es una crisis personal, familiar y social: "solo se rompió la cadera y mira como acabó todo".

Cada año en España se tratan más de 40.000 ancianos con este problema, cada uno con una historia diferente, un peculiar entorno pero con grandes parecidos. Existen enfermedades que pueden desencadenar complicaciones mortales a corto y medio plazo. Ya que al año de los adultos mayores con este problema de salud entre el 15 y el 50 % habrán fallecido.

En los hospitales se debe acelerar el acceso a quirófano para este tipo de pacientes siempre y cuando sea posible y ninguna comorbilidad lo impida, debe realizarse el procedimiento quirúrgico de forma inmediata para disminuir el riesgo de mortalidad y complicaciones tras la cirugía.

Además se debe hacer hincapié en las complejidades que pueden sufrir si no reciben tratamiento inmediato.

El pronóstico de recuperación dependerá de la edad del paciente, el nivel de dependencia previo, los antecedentes personales así como de los factores de riesgo asociados.

Dar al paciente una serie de recomendaciones y cuidados al alta hospitalaria favorecen el autocuidado del paciente en su domicilio, impulsando la independencia y la autonomía del paciente y su familia, además ayudan a disminuir la ansiedad que se pueda generar en el paciente.

De igual manera, podemos comprobar como a través de la educación sanitaria, el paciente, hace frente con mayor seguridad y satisfacción la continuidad de cuidados en su domicilio, creándose un vínculo de confianza entre paciente-profesionales de enfermería.

6 Bibliografía

1. Abizanda Soler, P. & Rodríguez Mañas, L. (2015). Tratado de medicina geriátrica. Fundamentos de la atención sanitaria a los mayores. Barcelona: Elsevier.
 2. Alarcón, T., González-Montalvo, J. I., Mauleon, J. L. & Menéndez Colino, R. (2015). Demora del tratamiento quirúrgico de la fractura de cadera. un suma y sigue de problemas. *Rev Esp Salud Pública* 89, 117-119.
 3. Álvarez López, A., Casanova Morote, C., Sánchez Olazábal, L., & Gutiérrez Blanco, M. (2015). Infección post quirúrgica en fracturas de cadera. *Archivo Médico Camagüey*, 5. Recuperado de <http://www.revistaamc.sld.cu/index.php/amc/article/view/3391/1659>.
 4. Aguilar, F. (2014). Enfermería Comunitaria. Obtenido de Fractura de cadera: proceso asistencial integrado: <http://enfermeriacomunitaria.org/web/attachments/article/943/PAI.%20Fractura%20de%20cadera.pdf>.
 5. Baptista, R. R. & Vaz, M. A. (2009). Arquitectura muscular e envelhecimento: adaptação funcional e aspectos clínicos; revisao da literatura. *Fisioter e Pesqui* 16(4), 368-373.
- Barrios-Moyano, A. & Contreras-Mendoza, E. G. (2018). Frecuencia de complicaciones en pacientes mayores de 60 años con fractura de cadera. *Acta ortopédica mexicana* 32(2), 65-59.
6. Beaupre, L., Binder, E., Cameron, I., Jones, A., Orwig, D., Sherrington, C., & Magaziner, J. (2013). Maximising functional recovery following hip fracture in frail seniors. *Best Pract Res Clin Rheumatol*, 27(6), 771-788. doi:10.1016/j.berh.2014.01.001.
- De la Chica Aragón, M.T. & Robles Ruíz, M.T. (2015). Percepciones y experiencias de personas que han sufrido fractura de cadera. *Revista Enfermería Docente*, (104), 23- 28. ISSN 2386-8678.
7. De la Torre, M., Rodríguez, J., Moreno, N., Jacinto, R., Hernández, A., & Deive, J. (2012). Estudio del impacto económico de las fracturas de caderas en nuestro medio. *Trauma*, 23(1).
 8. Del Barrio, E., & Abellán, A. (2008). Indicadores demográficos. Las personas mayores en España. Datos estadísticos estatales por Comunidades Autónomas. Informe 2008. Ministerio de Sanidad y Política social. Madrid: IMSERSO. Obtenido de http://www.imsersomayores.csic.es/documentos/estadisticas/informe_mayores/2008/volmen-1/03-informe2008-vol1-cap1.pdf
 9. Domínguez, A., & García, J. (2014). Valoración geriátrica integral. Atención Familiar, 21(1), 20-23.

10. Domínguez-Guedea, M. T. (2016). Desafíos sociales del envejecimiento: reflexión desde el derecho al desarrollo. *Revista CES Psicología* 9(1), 150-164.
11. Downton J.H. *Falls in the Elderly*. London, UK: Edward Arnold; 1993.
12. Eastwood, E., Magaziner, J., Wang, J., Silberzweig, S., Hannan, E., & Strauss, E. (2002). Patients with hip fracture: subgroups and their outcomes. *J Am Geriatr Soc*, 50(7), 1240–1249.
13. Fernández, M., Martínez, J., Olmos, J., González, J., & Hernández, J. (2015). Revisión de la incidencia de la fractura de cadera en España. *Rev Osteoporos Metab Miner*, 7(4), 115-120.
14. García-García, F. J., Larrión Zugasti, J. L. & Rodríguez Mañas, L. (2011). Fragilidad: un fenotipo en revisión. *Gac. Sanit* 25(S), 51-58.
15. Gómez, A. (2005). *Grandes síndromes geriátricos*. Elsevier, 19(6), 7-81.
- Guerrero, N. & Yépez, M. C. (2015). Factores asociados a la vulnerabilidad del adulto mayor con alteraciones de salud. *Rev. Univ Salud* 17(1), 121-131.
16. Guerero Ceh, J. G., Sarabia Alcocer, B. & Can Valle, A. R. (2016). Incidencia del síndrome de caídas en el hogar, estudio realizado en personas mayores en el rango de edad de 60 a 80 años. *Revista iberoamericana para la investigación y el desarrollo educativo* 6(12), 1-10.
17. Herdman, T. (2013). *NANDA Internacional. Diagnósticos enfermeros: definiciones*. Barcelona: Ed. Elsevier.
- Instituto Nacional de Estadística. (2018). España en cifras. Recuperado el enero de 2019, de http://www.ine.es/dyngs/INEbase/es/categoria.htm?c=Estadistica_P&cid=125473597
6606.
18. Kortebein, P., Ferrando, A. & Paddon-Jones, D. (2009). Functional impact of 10 days of bed rest in healthy older adults. *Educ COntin Saúde J. Gerontol A. Biol Sci Med Sci* 763(220), 2357.
19. Leyton, C., Devetak, A., & Paul, I. (2018). Riesgo de fractura osteoporótica y factores de riesgo asociados en mujeres postmenopáusicas en atención primaria de salud. *Rev. Costarricense de Salud Pública*, 27(1).
20. López-Hurtado, F., Miñarro del Moral, R., Arroyo, V., & Rodríguez-Borrego, M. (2015). Complicaciones presentadas en pacientes mayores de 65 años ingresados por fractura de cadera en un hospital andaluz de tercer nivel. *Enferm glob*, 14(40).
21. Monte-Secades, R., Peña-Zemsch, M., Rabuñal-Rey, R., Bal-Alvaredo, M., Pazos-Ferro, A., & Mateos-Colino, A. (2011). Factores de riesgo para la presentación de complicaciones médicas en enfermos con fractura de cadera. *Rev Calid Asist*, 26(2), 76–82.
22. Negrete-Corona, J., Alvarado-Soriano, J., & Reyes-Santiago, L. (2014). Fractura

de cadera como factor de riesgo en la mortalidad en pacientes mayores de 65 años. Estudio de casos y controles. *Acta ortop mex*, 28(6).

OMS. (2015). Informe mundial sobre el envejecimiento y la salud. Estados Unidos: Organización Mundial de la Salud.

23. Pérez Hernández, M. G., Velasco Rodríguez, R., Maturano Melgoza, J. A., Hiterio López, A. G., García Hernández, M. L. & García Jiménez, M. A. (2018). Deterioro cognitivo y riesgo de caída en adultos mayores institucionalizados en el estado de Colima, México. *Rev Enferm Inst Mex Seguro Soc*. 26(3), 171-178.

24. Rael Ruiz S, López Pérez MV. (2016). Factores de riesgo que contribuyen a la infección del sitio quirúrgico. *Metas Enfermería*, 14-20.

25. Rego, J., Hernández, C., Andreu, A., Lima, M., Torres, M., & Vázquez, M. (2017). Factores asociados a la fractura de cadera en el hospital clinicoquirúrgico "Dr. Salvador Allende". *Revista Cubana de Salud Pública*, 43(2).

26. Riemen, A., & Hutchison, J. (2016). The multidisciplinary management of hip fractures in older patients. *Orthopaedics and trauma*, 30(2).

27. Rodríguez, A., Turiño, J., & Fábregas, E. (2015). Estudio de los costes de tratamiento de pacientes con fractura de cadera. *Rev haban cienc méd*, 14(5).

Capítulo 3

EL PAPEL DE LA ENFERMERÍA EN LA PREVENCIÓN DE ENFERMEDADES ÓSEAS

AMANDA GONZÁLEZ HERNÁNDEZ

ELENA AMOR LIBRAN

MARIA CASTELLANOS GÓMEZ

ANDRES GARCÍA SORROCHE

NURIA REDONDO HERNANDO

1 Introducción

La tasa de envejecimiento de la población española no ha dejado de crecer en los últimos años y alcanza en la actualidad el 17 %. Este fenómeno demográfico ha tenido una importante repercusión sobre el sistema sanitario, La tasa de envejecimiento de la población española no ha dejado de crecer en los últimos, que se ha hecho especialmente patente en algunos servicios médicos y quirúrgicos, debido a la alta prevalencia de determinados procesos crónicos y degenerativos (enfermedades cardiovasculares y respiratorias, artrosis, etc.) en esta población.

La osteoporosis es también una enfermedad propia de las personas de edad avanzada que afecta especialmente a las mujeres. Es bien sabido que las fracturas osteoporóticas aumentan con la edad y que constituyen uno de los problemas mas relevantes en los ancianos debido a la mortalidad y morbilidad que general.

Las enfermedades crónicas se van desarrollando a medida que el ser humano envejece por llevar a cabo un estilo de vida no saludable, en el que se incluye el tabaquismo, una dieta deficiente y la inactividad física. Estos tres factores de riesgo llevan como resultado la aparición de enfermedades crónicas, especialmente enfermedades del corazón, accidentes cerebrovasculares, diabetes, obesidad, síndrome metabólico, enfermedad pulmonar obstructiva crónica y algunos tipos de cáncer.

Para evitar la aparición de enfermedades crónicas es necesario la combinación de cuatro factores que forman parte de un estilo de vida saludable:

- Mantener un peso adecuado.
- Hacer ejercicio regularmente.
- Seguir una dieta saludable.
- No fumar.

Estos cuatro factores parecen estar asociados con una reducción del riesgo de desarrollar las enfermedades crónicas más comunes y de mayor mortalidad.

Tal circunstancia hace que se trate de cumplir recomendaciones, en materia de salud pública, que sigan estilos de vida saludables y que estos hábitos se adquieran durante las diferentes etapas de la vida, así es de vital importancia comenzar tempranamente a impartir lecciones sobre una vida sana.

Con respecto a la dieta, se considera que es adecuada cuando el aporte de nutrientes es suficiente para satisfacer las necesidades del organismo. En la actualidad, mantener una dieta saludable, sirve para promocionar la salud, mejorar el bienestar y reducir el riesgo de enfermedades en la población. En relación a la salud ósea interesa incrementar el pico de masa ósea y disminuir la pérdida ósea que va ocurriendo con la edad, con la finalidad de evitar o retrasar la incidencia de fracturas.

Otro factor muy importante es la realización de actividad física, el cual podría ser un método útil para generar modificaciones positivas en el metabolismo óseo. Sin embargo, aún no existe consenso con respecto a la mejor estrategia para generar modificaciones óseas significativas. A pesar de esto, es importante llevar a cabo ciertos principios básicos que nos puedan ayudar a la hora de intervenir, ellos son:

- Iniciar temprano la actividad física.
- Utilizar ejercicio de alto impacto.
- Impactar de forma específica en las regiones óseas que se pretenden modificar.
- Incluir ejercicios que favorezcan el desarrollo de la masa muscular.

Finalmente, se recomienda que las actividades destinadas a favorecer la salud ósea, se mantengan durante toda la vida.

Dada la relevancia que tiene la alimentación, la actividad física sistemática y otros hábitos de vida, en el mantenimiento de una adecuada salud ósea, se realiza el presente trabajo de revisión bibliográfica descriptiva, en la que se ha seleccionado, examinado e integrado información sobre la relación entre diferentes factores y la salud del tejido óseo.

2 Objetivos

Objetivo principal:

- Conocer pautas nutricionales adecuadas para el correcto desarrollo y mantenimiento del sistema esquelético.

Objetivos secundarios:

- Conocer la dinámica del tejido óseo a lo largo del ciclo vital humano.
- Identificar los macro y micronutrientes que garanticen un buen desarrollo del hueso.
- Conocer las pautas alimentarias recomendadas para el desarrollo de la salud ósea.

3 Metodología

El trabajo realizado consistió en una revisión bibliográfica de tipo narrativa, cuya elaboración se centró en la localización de artículos en diferentes fuentes documentales desde noviembre de 2021 hasta febrero de 2022. Se efectuó una búsqueda a través de bases de datos Pudmed, Medline, IME e ISOC. También en Webs oficiales como la Organización Mundial de la Salud (OMS) y el Instituto Nacional de Estadística (INE). Para la búsqueda en bases de datos se utilizaron Medical Subject Headings (MeSH): bone metabolism, nutrition, health, calcium, vitamin D, physical activity and bone mineral density, y los siguientes Descriptores en Ciencias de la Salud (DeCS): metabolismo óseo, nutrición, salud, calcio, vitamina D, actividad física y densidad mineral ósea.

Se emplearon los siguientes filtros para la búsqueda:

- Poblaciones humanas.
- Artículos publicados en los últimos 10 años.
- Texto completo disponible.

- Artículos en español y en inglés.

La estrategia de búsqueda que se llevo a cabo fue la siguiente:

("bone and bones"[MeSH Terms] OR ("bone"[All Fields] AND "bones"[All Fields]) OR "bone and bones"[All Fields] OR "bone"[All Fields]) AND ("metabolism"[Subheading] OR "metabolism"[All Fields] OR "metabolism"[MeSH Terms] OR "metabolism"[All Fields] OR "metabolic networks and pathways"[MeSH Terms] OR ("metabolic"[All Fields] AND "networks"[All Fields] AND "pathways"[All Fields]) OR "metabolic networks and pathways"[All Fields]) OR "osteoporosis, postmenopausal"[MeSH Terms] OR ("osteoporosis"[All Fields] AND "postmenopausal"[All Fields]) OR "postmenopausal osteoporosis"[All Fields] OR "osteoporosis"[All Fields] OR "osteoporosis"[MeSH Terms] ("calcium"[MeSH Terms] OR "calcium"[All Fields]) AND ("bone and bones"[MeSH Terms] OR ("bone"[All Fields] AND "bones"[All Fields]) OR "bone and bones"[All Fields] OR "bone"[All Fields]) AND ("health"[MeSH Terms] OR "health"[All Fields]) ("vitamin d"[MeSH Terms] OR "vitamin d"[All Fields] OR "ergocalciferols"[MeSH Terms] OR "ergocalciferols"[All Fields]) AND ("bone and bones"[MeSH Terms] OR ("bone"[All Fields] AND "bones"[All Fields]) OR "bone and bones"[All Fields] OR "bone"[All Fields]) AND ("health"[MeSH Terms] OR "health"[All Fields]) AND ("epidemiologic studies"[MeSH Terms] OR ("epidemiologic"[All Fields] AND "studies"[All Fields]) OR "epidemiologic studies"[All Fields]) ("motor activity"[MeSH Terms] OR ("motor"[All Fields] AND "activity"[All Fields]) OR "motor activity"[All Fields] OR ("physical"[All Fields] AND "activity"[All Fields]) OR "physical activity"[All Fields]) AND ("bone and bones"[MeSH Terms] OR ("bone"[All Fields] AND "bones"[All Fields]) OR "bone and bones"[All Fields] OR "bone"[All Fields]) AND ("health"[MeSH Terms] OR "health"[All Fields]) "bone density"[MeSH Terms] OR ("bone"[All Fields] AND "density"[All Fields]) OR "bone density"[All Fields] OR ("bone"[All Fields] AND "mineral"[All Fields] AND "density"[All Fields]) OR "bone mineral density"[All Fields].

Se extrajeron 102 artículos, tras la combinación de los diferentes descriptores utilizando los operadores booleanos, de los cuales se utilizaron para esta revisión bibliográfica 52 artículos. El resto fue rechazado debido a que no aportaban la información necesaria para llevar a cabo este trabajo bibliográfico sobre la importancia de la nutrición en la salud ósea.

4 Resultados

Para conservar un buen desarrollo del esqueleto o una buena salud ósea es fundamental mantener una nutrición adecuada. Esto contribuye en la prevención de la aparición de enfermedades óseas complejas, como osteoporosis u osteomalacia (enfermedad causada por falta de vitamina D o a un problema con la capacidad del cuerpo para descomponer y usar esta vitamina, la cual ayuda al organismo a absorber el calcio, fundamental para mantener la fuerza y dureza de los huesos).

Habitualmente el término masa ósea se utiliza para describir el contenido mineral óseo (CMO), es la expresión más apropiada para valorar la cantidad de hueso almacenado antes de la finalización del crecimiento; por su parte el término densidad ósea (DMO) se utiliza para detallar al hueso en el momento en que ha finalizado su crecimiento.

De forma general, el hombre presenta una estructura esquelética mayor que la de la mujer, así su Masa Ósea Máxima (MOM) es más elevada (5). Por consiguiente el CMO, principalmente, es más bajo en la mujer que en el hombre, esto se puede deber a múltiples factores como pueden ser la composición corporal (masa magra y masa grasa), el estilo de vida y la dieta llevada a cabo.

Pero, la MOM también está altamente relacionada con una ingesta adecuada de calorías, proteínas, calcio, fósforo y vitaminas D y K. Esto se consigue prestando mayor interés en la nutrición y salud de la madre, ya que existe evidencia, de que la formación del hueso y la futura MOM se inicia en el embrión. Aun así, otro factor como la actividad física repercute en este parámetro, ello requiere que los niños tengan una vida activa y realicen diferentes juegos como saltar a la comba, correr, etc. ya que ayuda a dar especificidad de sitio al hueso.

Se ha descrito que las mujeres tienden a perder alrededor del 1-2 % de DMO al año en la década posterior a la menopausia, mientras que la pérdida de hueso de los hombres tiene un ritmo más lento con respecto a las mujeres de la misma edad hasta los 70 años, que es cuando la pérdida ósea es igual en ambos sexos. De esta manera la mujer a los 80 años de edad ha podido perder entre un 45-50 % de su pico de masa ósea, mientras que la pérdida en el hombre sería de un 30 % aproximadamente. La pérdida de masa ósea es secundaria a las fluctuaciones originadas por los mecanismos endocrinos que actúan sobre el remodelado óseo.

Existen dos nutrientes principales para garantizar una MOM. Estos nutrientes son las proteínas y el calcio y son principalmente necesarios antes de la pubertad.

La ingesta proteica es muy importante para mantener un estado óptimo de salud ósea, acompañando la dieta junto con una buena ingesta de calcio.

La mayoría de los autores, destacan más la importancia en cuanto a la cantidad de calcio que se consume con respecto a su biodisponibilidad, la cual suele ser bastante buena en la mayoría de los alimentos. Los factores más importantes en cuanto a su absorción son, en primer lugar la necesidad individual, seguido del consumo realizado y en último lugar la ingesta de compuestos inhibidores o estimuladores de la absorción. Cuando la ingesta de calcio se hace a través de suplementos puede ser excesiva, esto provoca mayor excreción por vía renal, pudiéndose ocasionar la aparición de cálculos renales o la interferencia de absorción de cinc y hierro.

Una recomendación importante y no muy extendida entre la población, es examinar la etiqueta de los alimentos para determinar la cantidad de calcio que hay en ellos, ya que ésta varía dependiendo de la marca, del tamaño de la porción y de su enriquecimiento. La Food and Drug Administration determina que la ingesta superior a 200 mg de calcio/porción es excelente y una ingesta entre 100-200 mg/porción es adecuada.

La absorción de calcio, por el organismo, también puede verse perjudicada por un consumo excesivo de fibra dietética. En aquellas personas que consumen hasta 50 gramos de fibra diaria puede disminuir significativamente la absorción de calcio en el intestino, lo que podrían corregir aumentando la ingesta de calcio. La recomendación actual sobre el consumo de fibra dietética para niños mayores, adolescentes y adultos es de 25-35 g/día.

Por último es importante abordar el efecto de las isoflavonas de soja en el mantenimiento de la salud ósea. Tal y como muestran las investigaciones analizadas en este estudio, dentro de las poblaciones uno de los sectores de mayor riesgo de patologías óseas, son las mujeres de edad mediana. En la actualidad, las isoflavonas han adquirido una especial relevancia debido a sus cualidades para regular el balance hormonal en la mujer, por lo que son habitualmente recomendadas durante el periodo climatérico. El efecto de las isoflavonas de soja sobre el esqueleto es positivo ya que inhiben la resorción ósea explicada en algunos estudios. Las isoflavonas de soja tienen un poder antioxidante y presentan actividad estrogénica. Estas propiedades son beneficiosas para aliviar los sofocos producidos durante la menopausia y evitar la pérdida de masa ósea.

5 Discusión-Conclusión

Como conclusión del presente trabajo, destacamos que en el logro de un buen desarrollo y mantenimiento de los huesos es fundamental el papel de la alimentación, siendo necesario tener presente la importancia del consumo de calcio, magnesio, vitaminas D, K y A, boro, cinc, cobre e isoflavonas. Tendiendo especial cuidado con el consumo excesivo de sodio, alcohol, tabaco, cafeína, bebidas carbonatadas, fósforo, proteínas y fibra dietética.

Existen otros factores, no nutricionales, responsables de enfermedades óseas, como son los factores genéticos, el estado hormonal, la composición corporal, la inactividad física, los hábitos tóxicos, y ciertos tipos de fármacos como son los laxantes, los cuales producen irritación en el intestino afectando así a la absorción del calcio. Todos ellos deben estar presentes a la hora del consejo dietético orientado hacia el mantenimiento de la fortaleza del hueso.

6 Bibliografía

1. Olmos J.M., Espina B., García Ibarbia C., Valero C., González Macías J.: Características funcionales y cognitivas de los ancianos ingresados en un Servicio. *Rev Clin Esp.* 4(206): 206:188-90. doi: 10.1016/S0014-2565(06)72764-3, 2006.
2. Lara-Esquivel C, Del Carmen Torres-Muñoz, Moreno-Gómez: Actitudes y hábitos ante la prevención. *Rev Enferm Inst Mex Seguro Soc:* 20 (1): 11-17. Universidad.
3. Maïmoun, L., Simar, D., Malatesta, D., Caillaud, C., Peruchon, E., Couret, L., Rossi, M., and Mariano-Goulart, D. Response of bone metabolism related hormones to a single session of strenuous exercise in active elderly subjects. *Br J Sports Med.* 39:497-502. 2005.
4. Matthew Tarka.: La actividad física, la nutrición y la salud ósea, International food information council foundation (IFIC), 2014. [consultado en enero 2022]. Disponible en: <http://www.foodinsight.org/articles/informe-ific-la-actividad-fisica-la-nutricion-y-lasalud-osea>.
5. Iberoamericana Noroeste, Baja California, Escuela de Enfermería del Instituto Mexicano del Seguro Social, Baja California, México. 2012.
6. Lafita Tejedor J: Fisiología y fisiopatología ósea. *Anales Sis San Navarra.* supl.3, Pamplona. 2003.
7. Prentice A.: Milk intake, calcium and vitamin D in pregnancy and lactation: effects on maternal, fetal and infant bone in low- and high-income countries,

Nestle Nutr Workshop Ser Pediatr Program. 67:1. 2011.

7. Burns L, Stone J, Hopper JL, Seeman E.: Diet and exercise during growth have sitespecific skeletal effects: a co-twin control study *Osteoporos Int* 16:1225. 2005.

8. Mataix Verdú J.: Nutrición y alimentación humana. Tomo 2. Situaciones fisiológicas y patológicas. Ed. Ergon. Madrid, 2009.

9. Rizzoli R.: Nutrition: its role in bone health, *Best Pract Res Clin Endocrinol Metab* 22:813. 2008.

10. FDA. U.S. Food and drugs administration. Protecting and promoting your health. [Internet]. 2009. [consultado en diciembre 2021]. Disponible en: <http://www.fda.gov/Food/GuidanceRegulation/GuidanceDocumentsRegulatoryInformation/LabelingNutrition/ucm247933.htm>.

11. Bellido Guerrero D., De Luis Román D.A.: Manual de nutrición y metabolismo, Editores: Bellido Guerrero D., De Luis Román D.A., ediciones Díaz de Santos, S.A, España, 2006.

12. Castelo-Branco C, Soveral I.: Phytoestrogens and bone health at different reproductive stages. *Gynecol Endocrinol*. 29(8):735-43. doi: 10.3109/09513590.2013.801441. 2013.

Capítulo 4

PLAN DE CUIDADOS AL PACIENTE CRÍTICO CON COVID

RAQUEL RINCON BURGUI

1 Introducción

Desde que en diciembre el gobierno de China informara a la Organización Mundial de la Salud del primer caso de Covid-19, el mundo se ha visto inmerso en uno de los mayores desafíos de salud de la historia reciente. En este tiempo, se ha demostrado el papel imprescindible de la enfermería y en particular de la enfermería intensiva.

La Covid-19 se caracteriza principalmente por una afectación respiratoria pudiendo cursar con sintomatología leve, moderada o grave. Los antecedentes personales como obesidad, hipertensión o diabetes, entre otras, incrementan el riesgo de sufrir complicaciones que requieran ingreso en una unidad de cuidados intensivos (UCI).

Según el registro SEMI-Covid-19, el 33,1% del total de los hospitalizados por Covid-19, en España, desarrollan síndrome de distress respiratorio agudo (SDRA) y el 8,3 % ingresan en la UCI 2.

Este incremento masivo de ingresos en UCI ha obligado a los hospitales a ampliar el número de camas, habilitando nuevas unidades y requiriendo más personal. La contratación urgente de personal no formado ha aumentado la carga de trabajo de las enfermeras propias de la unidad.

El manejo clínico de estos pacientes es muy complejo ya que requiere una gran cantidad de dispositivos de soporte como la ventilación mecánica invasiva (VMI), terapias continuas de reemplazo renal (TCRR) o la oxigenación por membrana

extracorpórea (ECMO). Además, sufren a menudo complicaciones como coagulopatías, daño cardíaco, insuficiencia renal, etc. A todo ello, hay que sumar el uso del equipo de protección individual (EPI), procedimientos de descontaminación del material; que aumentan la carga de trabajo, no solo por el tiempo requerido para su implementación sino también para su organización y gestión.

Un problema añadido de estos pacientes es la imposibilidad de que las familias puedan visitar a los pacientes por riesgo de contagio. El equipo de enfermería debe suplir esa ausencia acompañando al paciente incluso en el momento de su muerte, proporcionando una muerte digna.

Debido a esta situación puede suceder que algunos de los cuidados enfermeros sean omitidos debido a la alta carga de trabajo. El ratio de enfermera/paciente para este tipo de pacientes debe ser 1:1,5, sin embargo, por la sobreocupación, no se ha podido cumplir.

El plan de atención de enfermería (PAE) ayuda a los profesionales a tener una guía en los cuidados que se deben proporcionar. La ventaja de los pacientes con Covid-19 en la UCI es que siguen un patrón muy similar entre ellos, aunque siempre haya que individualizar el plan. El objetivo de este artículo es la presentación de un PAE de un paciente con Covid-19 en la UCI, con la intención de facilitar a otros compañeros de profesión, el conocimiento necesario para ofrecer una atención óptima y holística.

2 Objetivos

Elaborar un plan de cuidados de enfermería mediante la taxonomía Nanda/NIC/NOC en un paciente afectado por Covid-19 en una Unidad de cuidados Intensivos.

3 Caso clínico

Caso Clínico.

Varón de 49 años que inicia el día 0 sintomatología compatible con Covid-19, dando positivo en la PCR el día 3. El día 7 acude a urgencias presentando saturación de oxígeno 77 % y taquipnea de 32 rpm (Covid-19 Fase II-B). Ingresa en UCI con diagnóstico de SDRA por neumonía bilateral por Covid-19.

Como AP, presenta obesidad grado I, hipertensión, dislipemia y diabetes. A su ingreso en UCI, se encuentra consciente y orientado con terapia de oxígeno de alto flujo (OAF) alternando terapia en decúbito prono (DP) con supino. El día 9 se procede a intubación orotraqueal (IOT) y VMI por empeoramiento respiratorio

(Covid-19 Fase III). Durante la terapia con VMI el paciente se encuentra sedoanalgesiado con Midazolam y Mórfo en perfusión continua. Para obtener una mejor adaptación del paciente a la VMI, se administra perfusión continua de relajación muscular con Cisatracurio. Una vez intubado recibe 4 sesiones de DP.

A lo largo del ingreso presenta complicaciones derivadas de la Covid-19: fallo renal agudo e hiperglucemia mantenida de estrés.

La valoración se ha realizado por patrones funcionales de salud de Marjory Gordon. Los patrones que no se valoran, por ser un paciente sedoanalgesiado, se han omitido. La fase diagnóstica y de planificación se expone en la tabla 2: los resultados para la evaluación (NOC) junto con las intervenciones (NIC).

Principales Dx:

- Limpieza ineficaz de vías aéreas:

NOC: estado respiratorio: intercambio gaseoso, respuesta de la ventilación mecánica: adulto, conocimiento: manejo de la neumonía, estado respiratorio.

NIC: destete de la ventilación mecánica, intubación y estabilización de la vía aérea, manejo de las vías aéreas artificiales, manejo de la ventilación mecánica: invasiva.

- Deterioro intercambio de gases:

NOC: estado respiratorio: intercambio gaseoso, respuesta de la ventilación mecánica: adulto, conocimiento: manejo de la neumonía, estado respiratorio.

NIC: manejo de la vía aérea, monitorización respiratoria, manejo de la ventilación mecánica: invasiva.

- Alto riesgo de síndrome de desuso:

NOC: consecuencias de la inmovilidad: fisiológicas, estado neurológico: consciencia, nivel del dolor.

NIC: cambio de posición, terapia de ejercicios: movilidad articular, control muscular administración de medicación, cuidados del paciente encamado.

4 Discusión-Conclusión

La taxonomía NANDA, NIC y NOC (NNN) aporta a los profesionales de enfermería un lenguaje común a la hora de trabajar un plan de cuidados. Mediante este caso, se han detectado los diagnósticos de enfermería que presentan los pacientes con Covid-19 en su fase más crítica.

- La posición DP como tratamiento en la SDRA:

Los pacientes con Covid-19 que ingresan en la UCI desarrollan SDRA en un 67-85 %. La guía de “The Society of Critical Care medicine Surviving Sepsis Campaign COVID-19” recomienda utilizar el OAF y VMNI en estos pacientes sin demorar la IOT en casos de empeoramiento hipoxémico. En caso de VMI recomiendan volúmenes bajos, PEEP altas y mantener la presión plateau por debajo de 30 cmH₂O 6. La “2012 Berlin definition” es utilizada para clasificar el SDRA en tres estadios: leve, moderado y severo. Para ello, es necesario conocer la PaFi, que resulta de dividir la PaO₂ en sangre arterial entre la FiO₂ administrada. Cuando la PaFi se acerca a 150 mmHg (SDRA moderado-severo), se coloca al paciente en DP. Las guías recomiendan que el DP debe durar entre 12-16 horas. Sin embargo, se ha observado una duración mayor en los pacientes con SDRA por Covid-19.

Uno de los principales inconvenientes de esta posición es el alto riesgo de UPP que conlleva. Según una revisión sistemática realizada por Moore Z. et al., la incidencia de UPP en los pacientes con SDRA por Covid-19 en UCI varía desde un 28 % hasta un 56,9 %, porcentajes extremadamente altos en comparación con los estándares de calidad en UCI.

Las zonas más comunes de UPP en DP son barbilla, pómulos y tórax. Según la “National Pressure Injury Advisory Panel” se debe proteger la piel antes de colocar al paciente en DP: empeines, dedos de los pies, rodillas, crestas ilíacas, hombros y cara 5.6. Según Moore et al. no se han encontrado diferencias significativas entre el uso de ácidos grasos hiperoxigenados, crema hidratante o aceite de oliva. Se recomienda cambiar la posición, al menos de los brazos y el cuello, cada 2 horas. Se debe mantener especial atención al TOT y tubuladuras antes, durante y después del cambio postural, con el fin de evitar zonas de presión.

Otro problema derivado del DP es el riesgo de mala tolerancia de la NE. Las guías recomiendan combinar dos procinéticos. La mala tolerancia de la NE puede aumentar el riesgo de broncoaspiración. Por ello, durante el DP se recomiendan dosis de 10-20 ml/h para disminuir el riesgo de mala tolerancia y en consecuencia el riesgo de broncoaspiración.

- La nutrición en el paciente con Covid-19:

Según el meta-análisis de Cheung KS et al, cerca del 20 % de los pacientes con Covid-19 presentan síntomas gastrointestinales. Igualmente, la NE sigue siendo el método de elección de alimentación del paciente intubado por SDRA por Covid-19. No obstante, no está exenta de complicaciones, que deben ser supervisadas por enfermería: diarrea, vómitos, broncoaspiraciones e hiperglucemias. Para evitarlas se recomienda NE continua e iniciar a 10-20 ml/h⁷. Se recomienda administrar 1,2-2 gr de proteína/kg del peso del paciente.

- Apoyo a la familia aislada, un reto en la pandemia:

Durante las primeras semanas de la pandemia, las visitas a la UCI estuvieron prohibidas. En este tiempo, se introdujeron las videollamadas familia-paciente como nueva forma de comunicación. Aunque durante la segunda ola se han permitido las visitas, en el caso de que la familia esté confinada, la información debe darse por teléfono. Merece la pena priorizar este momento ya que una comunicación efectiva mejora la satisfacción de los pacientes y familiares, aumenta la confianza en las decisiones tomadas por los profesionales y mejora el estado anímico de los mismos 8. Los profesionales de la salud deberán asegurarse, en el momento de la llamada, que tienen tiempo para mantener una conversación.

Las visitas familiares reducen la incidencia de los delirios y su duración en pacientes de UCI 8. La enfermera hablará e informará al paciente de las llamadas de sus familiares. Se recomienda facilitar la videollamada con el paciente. Según Negro et al. las videollamadas estarían contraindicadas si el paciente presenta un RASS>2 o presenta inestabilidad emocional.

El PAE del paciente descrito recoge las necesidades del paciente con Covid-19 y los cuidados de enfermería a través de la taxonomía NNN. Esto puede ser una herramienta para cuantificar las cargas de trabajo y optimizar así los recursos humanos. Además, puede ser utilizado como recurso docente para personal sin experiencia previa. De esta manera, el PAE ayuda a cubrir las necesidades e inseguridades a las que se han visto expuestos los profesionales de enfermería, reduciendo así los niveles de estrés laboral.

5 Bibliografía

1. Danielis M, Mattiussi E. The care of patients through the lens of the fundamentals into times of the Covid-19 outbreak. *Intensive Crit Care Nurs.* 2020; 60:102883.
2. Rubio-Rivas M, Corbella X, Mora-Luján JM, Loureiro-Amigo J, López Sampalo A, Yera Bergua C et al. Predicting Clinical Outcome with Phenotypic Clusters in Covid-19 Pneumonia: An Analysis of 12,066 Hospitalized Patients from the Spanish Registry SEMI-Covid-19. *J Clin Med.* 2020; 9(11):34-88.
3. Lucchini A, Iozzo P, Bambi S. Nursing workload in the Covid-19 era. *Intensive Crit Care Nurs.* 2020; 61:102929.
4. Lucchini A, Giani M, Elli S, Villa S, Rona R, Foti G. Nursing Activities Score is increased in Covid-19 patients. *Intensive Crit Care Nurs.* 2020; 59:102876.
5. Moore Z, Patton D, Avsar P, McEvoy NL, Curley G, Budri A et al. Prevention of pressure ulcers among individuals cared for in the prone position: lessons for the Covid-19 emergency. *J Wound Care.* 2020; 29(6): 312-320.

6. Flynn Makic MB. Prone Position of Patients With Covid-19 and Acute Respiratory Distress Syndrome. *J Perianesth Nurs*. 2020; 35(4):437-438.
7. Aguila EJT, Cua IHY, Fontanilla JAC, Yabut VLM, Causing MFP. Gastrointestinal Manifestations of Covid-19: Impact on Nutrition Practices. *Nutr Clin Pract*. 2020 Oct;35(5):800-805.
8. Negro A, Mucci M, Beccaria P, Borghi G, Capocasa T, Cardinali M et al. Introducing the Videocall to facilitate the communication between health care providers and families of patients in the intensive care unit during Covid-19 pandemic. *Intensive Crit Care Nurs*. 2020; 60:102893.
9. Herramienta online para la consulta y diseño de Planes de Cuidados de Enfermería. [Internet]. NNNConsult. Elsevier; 2015 [acceso Noviembre 2020]. Disponible en: <http://www.nnnconsult.com>.

Capítulo 5

ROTARIX: EFICAZ FRENTE A LA GASTROENTERITIS EN NIÑOS

NURIA REDONDO HERNANDO

AMANDA GONZÁLEZ HERNÁNDEZ

ELENA AMOR LIBRAN

ANDRES GARCÍA SORROCHE

MARIA CASTELLANOS GÓMEZ

1 Introducción

Los rotavirus provocan más del 50 % de las Gastroenteritis agudas en el mundo, debido a que estos virus pueden sobrevivir largos periodos de tiempo en superficies de utensilios o alimentos, ya que son resistentes a la mayoría de los jabones y desinfectantes, por lo que si no se limpian y preparan adecuadamente, puede sobrevivir durante días.

La Gastroenteritis aguda (GEA) es una inflamación del estomago y los intestinos manifestada por diarrea principalmente, debido a esto se le atribuye también la denominación de enfermedad diarreica, pudiendo presentar otros signos y síntomas tales como náuseas, vómitos, dolor abdominal y fiebre. El origen de las GEAS puede provenir de virus, bacterias o parásitos. Aunque tienen en común la sintomatología, el tratamiento, el diagnóstico y la transmisión varía de un tipo de gastroenteritis a otra.

Las manifestaciones clínicas producidas por rotavirus varían desde una infección subclínica que es frecuente en adultos y en niños mayores de 5 años, hasta las formas sintomáticas, que son frecuentes en niños menores de 5 años cuyo periodo de incubación oscila entre 24-72 horas. La duración de la enfermedad varía entre 5 días y 3 semanas.

El rotavirus se contagia por la ruta fecal-oral. Su mecanismo de acción consiste en una vez ingresado el virus por vía oral mediante objetos o agua contaminada, llega al intestino donde allí absorbe la casi totalidad de los nutrientes. El virus se multiplica, en las células epiteliales del intestino, en la superficie de la mucosa, provocando una fuerte reacción inflamatoria y destruyendo las células de las puntas de las vellosidades e impidiendo la función normal del intestino. Pasado 24 horas aparecen los primeros síntomas (vómitos, fiebre, diarrea acuosa) que si no se tratan puede llegar una deshidratación severa que requiere de rehidratación intravenosa. La inmunidad se produce después de la infección, así las infecciones posteriores tienden a ser menos severas que la infección original. La ventaja de esto, es que los ataques subsecuentes siempre son de menor intensidad que el primero.

Se estima que cada año el rotavirus causa unos 114 millones de episodios de gastroenteritis, 24 millones de consultas médicas, 2,4 millones de hospitalizaciones en menores de 5 años y la mortalidad por rotavirus es de aproximadamente 611.000 casos. Se calcula que muchas más de la mitad de estas muertes ocurren en países en desarrollo (países del sur de Asia y África), provocadas por desnutrición, poca disponibilidad de recursos e inadecuados sistemas de atención en salud. También se calcula que al llegar a los cinco años de edad casi todos los niños, habrán sufrido alguna infección por rotavirus, sin distinción ninguna.

Aunque la Gastroenteritis por rotavirus es la más frecuente en niños, es la que presenta mayor facilidad para prevenirla. Entre las medidas claves para prevenir las GEAS encontramos: El acceso a fuentes inocuas de agua de consumo, lavados de manos con jabón, lactancia exclusivamente materna durante los primeros seis meses de vida, una higiene personal y alimentaria correcta, usos de servicios de saneamientos mejorados y la vacunación contra el rotavirus (Grupo de Expertos de Asesoramiento Estratégico de la OMS).

2 Objetivos

Realizar una revisión biográfica de la evidencia científica en español en torno a la vacuna contra el rotavirus, analizando su importancia y eficacia en niños

menores de 5 años.

3 Metodología

Este trabajo consiste en una revisión bibliográfica de artículos escritos en español, cuyo objetivo trata de evaluar los principales estudios sobre la eficacia e importancia de la vacuna contra la infección por rotavirus. En esta revisión se han tenido en cuenta estudios que incluían tanto pacientes vacunados como no vacunados contra la gastroenteritis por rotavirus en menores de 5 años. Utilizando para ello las principales bases de datos nacionales e internacionales cuya estrategia de búsqueda se detalla a continuación. Para la elaboración de este trabajo me he valido de artículos científicos cuya antigüedad trata de los últimos 6 años.

Las palabras claves que se utilizaron fueron: gastroenteritis por rotavirus, rotavirus, vacuna contra la gastroenteritis por rotavirus, rotavirus gastroenteritis, rotavirus gastroenteritis vaccine.

Los límites que se usaron fueron: artículos publicados entre el periodo de tiempo comprendido entre los años 2009-2015; y en cuanto al idioma en español.

De todos los artículos encontrados, se hizo una revisión y se escogieron los más apropiados y adecuados al tema.

Criterios de inclusión:

- Que hayan sido publicados a partir de 2009, incluido dicho año.
- Que los pacientes que son estudiados sean menores de 5 años.
- Que traten de la gastroenteritis.
- Artículos donde se reflejan estudios relacionados con la eficacia de la vacunas contra la gastroenteritis por rotavirus.
- Artículos escritos en español.

Criterio de exclusión:

- Artículos escritos de gastroenteritis causados por bacterias, parásitos u otro virus que no sea el rotavirus.
- Donde la población de estudio son ancianos, adultos o niños mayores de 5 años.
- Artículos escritos en cualquier otro idioma que no sea español.

4 Resultados

Uno de los artículos revisados pretende demostrar la seguridad que presenta las vacunas frente al rotavirus con respecto a reacciones adversas. S. Pérez-Vilara et al (2014), realizó un estudio en España (Comunidad Valenciana), sobre las reacciones adversas que podía presentar la vacuna contra el rotavirus. Las clasifico

en reacciones no graves y graves, cuya duración de las reacciones producidas por la vacuna contra el rotavirus no se prolongo más de 7 días, siendo la media de un día. Los resultados fueron de 20 reacciones adversas por cada 100.000 dosis administradas. De esas 20 reacciones adversas el 74 % eran no graves.

La invaginación intestinal (IVI) es un tipo de obstrucción intestinal, es un problema grave que está relacionado con la vacuna contra el rotavirus (Medline). Los artículos revisados , demuestra la seguridad que presenta las vacunas frente al rotavirus con respecto a las invaginaciones intestinales.

Existe una disminución significativa de ingresos hospitalarios de las GEAS por rotavirus, desde los años 2005-2006 (periodo anterior a la vacuna contra rotavirus) a los años 2007-2015 (periodo posterior a la introducción de la vacuna contra el rotavirus). Los artículos revisados, demuestra que la disminución de hospitalización de niños menores de 5 años (grupo de edad que tiene mayor probabilidad de padecer la enfermedad y hospitalizarse) coincide con la introducción de las vacunas contra el rotavirus.

Se reduce la mortalidad comparando los años desde el 2003-2006 al 2008 que es cuando se introdujo la vacuna en niños de 0 a 3 años.

En las revisiones bibliográficas se puede observar la gran eficacia de la vacuna contra la gastroenteritis severa mas de la mitad de eficacia.

En todas las revisiones bibliografías se observan todos los datos positivos de esta vacuna y la seguridad de administrarla sin causar daños importantes al niño.

5 Discusión-Conclusión

Según los datos obtenidos de esta revisión bibliográfica, queda reflejado que la mejor medida preventiva para frenar las infecciones por rotavirus, son las vacunas. Los estudios consultados muestran que el virus responsable de la mayor parte de las Gastroenteritis agudas es el rotavirus, sobre todo en niños menores de 5 años de todo el mundo sin hacer distinciones entre países desarrollados y subdesarrollados, por esta razón algunos autores lo consideran un “virus democrático”. Donde mayor impacto tiene la vacuna frente al rotavirus, es en los países subdesarrollados ya que el porcentaje de mortalidad en estos países es elevado y su objetivo primordial consiste en prevenir las muertes, ya que es una necesidad urgente en estos tipos de países. En los países desarrollados la vacuna contra el rotavirus provoca una disminución de la tasa de hospitalización y un elevado coste

sanitario y social, por lo que ayudaría a prevenir la enfermedad y disminuir los costes. Son los sanitarios los que tienen un papel importante y los que informan de manera precisa y adecuada a los padres para que puedan decidir libremente sobre la vacunación para sus hijos frente al rotavirus. Se ha visto que existe una muy baja probabilidad de producirse efectos no deseados como las invaginaciones intestinales relacionadas con el uso de la vacuna del rotavirus y efectos adversos en general por dicho uso, por lo que siempre será conveniente estimar la relación entre riesgo-beneficio para la toma de decisiones en la administración o no, aunque en este caso, según se ha visto en la literatura consultada, son mayores los beneficios que los riesgos. Como comenta Greenberg en el editorial del *New England Journal of Medicine*: “la comunidad médica, en general, y el sistema de vacunas, en particular, tienen que trabajar para educar al público, para que acepten que en la realidad y virtualmente todas las intervenciones, incluyendo las vacunas, conllevan algún riesgo y la clave es asegurarse que la relación riesgo beneficio sea la más favorable”.

Además se sabe que la vacunación contra el rotavirus en lactantes, también protege a niños no vacunados y a adultos, es decir, genera inmunidad de grupo.

¿Sería necesaria una vacuna contra la gastroenteritis por rotavirus en niños menores de 5 años? La contestación es Si, ya que presenta un efecto protector a la población no vacunada, reduce el número de mortalidad infantil, de ingresos hospitalarios y de Gastroenteritis por rotavirus más severas, es decir, los programas de inmunización frente al rotavirus son efectivos para mejorar la salud de la población infantil.

No obstante, aun se necesitan más estudios de los posibles efectos adversos y efectos no deseados relacionados con el uso de las vacunas contra el rotavirus. Y si la vacuna es necesaria, ¿Por qué no incluirla en el calendario obligatorio? Hay países en desarrollo que ya la tienen incorporada, como es el caso de África, Ghana, Kenia y Mali, ya que presentan mayor porcentaje de muertes infantiles por rotavirus. En España, el comité asesor de vacunas recomienda la vacunación por tener beneficios para la salud del niño y el ahorro de costes indirectos o sociales, pero al no estar financiada debe ser opcional, e incluso establece prioridades entre vacunas, dejando la vacuna frente al rotavirus en un tercer lugar, debido a que la mortalidad en nuestro país por rotavirus es nula.

6 Bibliografía

1. Matthews RE. The classifications and nomenclature of viruses. *Intervirology*. 1979; 11:133-5.
2. Bishop RF, Davidson GP, Holmes IH, Buck BJ. Virus particles in epithelial cells of duodenal mucosa from children with acute nonbacterial gastroenteritis. *Lancet*. 1973; 2:1281-3.
3. Flawett TH, Bryden AS, Davies HA. Virus particles in gastroenteritis. *Lancet*. 1873; 2:1497.
4. Estes MK, Krieger DM, Howley PM. Rotaviruses and their replication. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins. 2001; 1747-85.
5. Kapikian AZ, Hoshino YP, Chancok RM, Krieger DM, Howley PM. Rotaviruses. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins. 2001; 1787-883.
6. Pachon I, Martínez MV, Suarez B, Sánchez A, Salmerón F, Soler M. Situación epidemiológica de la gastroenteritis producida por Rotavirus. 2006.
7. Armon KI, Elliott EJ, Moyer VA, Elliott EJ, Davis RL. Acute gastroenteritis. *BMJ Books*. 2000; 273-86.
8. Sáez PA, Doria JM. Gastroenteritis viral.
9. Parashar UD, Burton A, Lanata C, Boschi Pinto C, Shibuya K, Steel D, et al. Estimate of worldwide rotavirus-associated mortality in children younger than 5 years before the introduction of universal rotavirus vaccination programmes: A systematic review and meta-analysis. *Lancet Infect Dis*. 2012; 12(2): 131-41.
10. Esparza-Aguilar BM, Bautista-Márquez A, González-Andrade MC, Richardson-López VL. Mortalidad por enfermedad diarreica en menores, antes y después de la introducción de la vacuna contra el rotavirus. *Salud Pública Mex*. 2009; 51:285-90.
11. Oliveira TCR, Latorre MRD. Mortalidades infantiles por diarrea: Brasil 1995 a 2005. *Rev Saude Pública*. 2010; 44 (1): 102-11.

Capítulo 6

VALORACIÓN GERIÁTRICA INTEGRAL

VANESA FRIERA DE LA RUBIA

1 Introducción

La valoración geriátrica integral surge como respuesta a la alta prevalencia en el anciano de necesidades y problemas no diagnosticados, de disfunciones y prevalencias reversibles no reconocidas, que se escapan a la valoración clínica tradicional (anamnesis y exploración física).

Las especiales características del paciente geriátrico en el que se incluyen aspectos intrínsecos del envejecimiento fisiológico y la especial forma de presentación de la enfermedad hace necesaria la aplicación de un sistema especial de valoración.

La valoración geriátrica integral es un proceso diagnóstico dinámico y estructurado que permite detectar y cuantificar los problemas, necesidades y capacidades del anciano en las esferas clínica, funcional, mental y social para elaborar basadas en ellos una estrategia interdisciplinar de intervención, tratamiento y seguimiento a largo plazo con el fin de optimizar los recursos, de lograr el mayor grado de independencia y en definitiva conseguir mayor calidad de vida. Es considerado la piedra angular del día a día de la práctica geriátrica y nuestra herramienta principal de trabajo y como tal, su finalidad es entre otras facilitar el abordaje al adulto mayor y en concreto al paciente geriátrico. Por paciente geriátrico, entendiendo aquel que cumple tres o más de los siguientes criterios:

- Edad superior a 75 años.
- Presencia de pluripatología relevante.
- El proceso o enfermedad principal posee carácter incapacitante.

- Existencia de patología mental, acompañada o predominante.
- Hay problemática social en relación con su estado de salud.

2 Objetivos

Explicar los objetivos y utilidad de la valoración geriátrica integral.

3 Metodología

En la elaboración de este capítulo de libro, se ha realizado una revisión bibliográfica con la búsqueda sistemática de libros y se ha consultado artículos en las más importantes bases de datos: Pubmed, medline, cochrane y google scholar, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas en los últimos años.

4 Resultados

Los objetivos que se plantean en la valoración geriátrica integral, son:

- Mejorar la exactitud diagnóstica en base a un diagnóstico cuádruple (clínico, funcional, mental y social).
- Descubrir problemas tratables, no diagnosticados previamente.
- Mejora de la funcionalidad y el estado cognitivo.
- Mejora del estado emocional y bienestar.
- Reducir los ingresos hospitalarios o disminuir la media de la estancia hospitalaria.
- Utilización adecuada de la medicación, de los recursos hospitalarios y comunitarios.
- Planificación adecuada de los cuidados para situar a la persona en el mejor nivel asistencial.
- Alargar la permanencia en el domicilio y en la comunidad.

La valoración geriátrica integral surge por la necesidad de dar respuesta a una problemática que gira en torno a las causas multifactoriales que comprometen a la persona en la vejez.

La valoración geriátrica integral es la herramienta integral e interdisciplinaria del adulto mayor permitiendo la evaluación de los componentes funcional, social y mental, permitiendo una visión mas amplia del adulto; es el instrumento

fundamental para la medición de la salud. Dicha metodología permite tratar los problemas del adulto mayor con eficacia y efectividad.

La valoración geriátrica integral además de abordar las cuatro dimensiones del adulto mayor, permite detectar e identificar los problemas, necesidades, capacidades y establecer el plan de atención para el mejoramiento del estado de salud y de la calidad de vida. Este tipo de valoración constata con la valoración tradicional, si bien es cierto que, la valoración habitual incluye estos aspectos, lo hace de manera general y con un abordaje orientado hacia la enfermedad y no profundiza en otros parámetros que, de igual manera producen un desequilibrio biopsicosocial de las personas de edad avanzada. Sumergidos en la valoración tradicional suelen quedar los grandes síndromes geriátricos como la fragilidad, el inmovilismo, las caídas, la incontinencia urinaria, el deterioro cognitivo y los déficit visual y auditivos, entre otros, a los que se presta poca atención y son considerados erróneamente como problemas del envejecimiento.

La valoración geriátrica integral representa un proceso complejo e involucra todo un grupo interdisciplinario. El profesional de enfermería es parte del equipo como eje conductor de la atención del adulto ofreciendo cuidados integrales en todos los niveles de atención. La actitud del enfermero es de compromiso y liderazgo en la intervención, para ello es preciso el modelo de atención de la valoración geriátrica integral identificando los objetivos, propósitos, las prioridades de la intervención para desarrollar un plan de cuidados pertinente, coherente y eficiente.

El componente funcional es el centro de la valoración del adulto mayor, ya que determina su grado de independencia y a la mayoría de las personas ancianas les preocupa más sus limitaciones funcionales que sus enfermedades crónicas, de ahí que los esfuerzos del equipo de salud deben estar centrados en mantener la autonomía del anciano el mayor número de años posibles.

5 Discusión-Conclusión

Dentro de las consideraciones finales cabe mencionar la realidad abrumadora y cada vez más palpable del crecimiento exponencial de la población geriátrica del mundo, es fundamental preguntarse si la formación enfermera actual, está preparada para afrontar las necesidades y expectativas de este grupo de edad y si las políticas de salud vigentes se orientan hasta este gran reto. Creemos que un primer paso hasta este propósito es que la enfermera tenga dentro de su esquema de atención un abordaje del paciente geriátrico, desde la perspectiva multidisciplinaria, valorando no solo los aspectos clínicos, sino también los factores

psicosociales y funcionales que involucren a diversos actores como el sistema de salud, la familia, los organismos gubernamentales, etc.; solamente una visión holística, permitirá entender al adulto mayor en su real dimensión, garantizando una atención adecuada y efectiva.

6 Bibliografía

1. Naciones Unidas. Madrid International plan of Action on Aging, Nueva York: naciones Unidas; 2002.
2. González J y Wagenaar R, editors. Tuning educational.
3. Applegate WB, Blass JPWilliams TF. Instruments for the funcional assessment of older patients N. Engl J Med.

Capítulo 7

TRANSICIÓN DEL TRATAMIENTO ONCOLÓGICO AL TRATAMIENTO PALIATIVO

ANIANA GONZÁLEZ ORTEGA

MARÍA MARÍN SABARIEGO

MARÍA HIDALGO SÁNCHEZ

1 Introducción

Según la Organización Mundial de la Salud los cuidados paliativos se definen como la asistencia integral, individualizada y continua, tratando al paciente desde una situación de enfermedad avanzada en el ámbito de mejora de la calidad de vida (García, et.al., 2021).

Los cuidados paliativos para que sean de calidad deben enfocarse de forma activa, global e integral en el paciente paliativos. Estos cuidados están orientados al paciente que presenta una enfermedad con pronóstico negativo y que no existe una cura para ello. Un ejemplo son los pacientes que sufren de una enfermedad terminal oncológica que les causa efectos secundarios que empeoran su calidad de vida. Los cuidados paliativos se encargan como su propio nombre indica de paliar la enfermedad (efectos secundarios) no de curarla.

Para poder definir una enfermedad terminal deben existir varias definiciones, como es avanzada, progresiva e incurable. Por lo que este tratamiento estará indicado en personas no necesariamente con pronóstico de vida corta, más bien con baja calidad de vida debido a su enfermedad no tratable (Torcal, et.al., 2020).

Es un equipo sanitario quien aborda los cuidados paliativos de forma multidisciplinar. Es conveniente que el equipo sanitario tenga las competencias necesarias para ofrecer una atención física, emocional y organizar el ámbito del paciente (Fhon, et.al., 2018).

2 Objetivos

Objetivo principal:

- Definir las complicaciones a la hora de transición del tratamiento oncológico al tratamiento paliativo.

Objetivos secundarios:

- Definir cómo debe realizarse la transición.
- Definir objetivos dentro de los cuidados oncológicos.
- Definir objetivos de los cuidados paliativos.

3 Metodología

La metodología de este estudio bibliográfico se basa en una compleja revisión de los últimos 8 años, 2014-2022, en el cual el tema fundamental es la derivación de un paciente oncológico a los tratamientos paliativos. Para llevar a cabo esta búsqueda se utiliza las bases de datos Scielo y Google Académico.

Los descriptores utilizados son:

- Paciente oncológico.
- Cuidados paliativos.
- Tratamientos paliativos.

Como términos libres:

- Organización.
- Ética.
- Derivación.

Para unir los términos se utilizó los booleanos AND y OR, además de paréntesis, comillas y truncamientos.

Para la búsqueda general se vincularon Paciente oncológico y cuidados paliativos. En las siguientes búsquedas combinamos varios términos.

Dentro de los términos de inclusión, se seleccionaron aquellos artículos que fueran publicados en los últimos 8 años, con prevalencia en artículos actualizados. Todos los artículos reúnen las características que son dentro de un ámbito de enfermería, psicología y/o médica, y de la misma forma no relacionado con el

ámbito infantil. Se excluyeron aquellos artículos de diferente idioma al español, inglés o portugués.

4 Resultados

La Sociedad Americana de Oncología Clínica manifiesta la exigencia de la integración en el tratamiento paliativo a todos los pacientes que lo necesiten. Se han instaurado diferentes formas para acceder a los cuidados paliativos (Fhon, et.al., 2018).

La transición de cuidados oncológicos a cuidados paliativos puede realizarse desde el Equipo de Atención Primaria, Centros Sociosanitarios y/o por el especialista (oncólogo) que le esté siguiendo el proceso.

Esta transición puede realizarse de forma ordinaria o preferente. Dentro del informe realizado por el oncólogo debe rellenar el diagnóstico de la enfermedad, motivo de interconsulta y tratamiento actualizado (Paliex, 2018).

Dentro de los objetivos del tratamiento oncológico se encuentran:

- Cura de la enfermedad.
- Aumentar el tiempo de vida.
- Mejorar la calidad de vida.
- Aliviar los síntomas.

Para poder cumplir con los últimos objetivos definidos es necesario realizar una interconsulta con paliativos, que puede ser continua o delegar los cuidados con paliativos. Depende de la situación del paciente, si el paciente se encuentra estable dentro de su enfermedad y poder ser tratada con buena calidad de vida, será tratado de forma continua entre oncología y paliativos. Si por otra parte no puede cumplir con los objetivos anteriores, se le delegara totalmente la función de cuidados a paliativos, para darle más importancia a los dos últimos objetivos. Al principio de la enfermedad es fundamental intentar curarla y ofrecerle al paciente oncológico tratamientos que puedan proporcionar la posibilidad de recuperar la salud, valorando la posibilidad de utilizar medidas terapéuticas agresivas ante la calidad de vida. Para ello debemos estudiar el diagnóstico y pronóstico de vida.

Sin embargo, cuando la enfermedad es más avanzada y con escasos beneficios del tratamiento debemos trascender la calidad de vida. Es en ese momento, cuando cobra importancia los cuidados paliativos (Cortijo, et.al., 2020).

En el campo de la bioética se ha avanzado a grandes escalas en el periodo final de la vida. En cambio, la transición de cuidados oncológico a cuidado paliativos

es una de las decisiones más complicadas y con ello la limitación del esfuerzo terapéutico y sedación paliativa.

En recientes análisis puedo observar en los resultados que el 50% de los pacientes oncológicos que han fallecido pertenecen al programa de cuidados paliativos y 25% del citado son incluidos en la última semana de vida.

El progreso de la enfermedad conlleva la decisión de suspender los tratamientos antitumorales debido a la evidencia científica del deterioro de la capacidad autónoma del paciente y sus efectos secundarios perjudiciales.

Por lo que podemos estudiar, un objetivo enlazado dentro de oncología y paliativos es ofrecerle al paciente una continuidad de todas las situaciones variables que le provoca esa elevada demanda médica (Fhon, et.al., 2018).

Dentro de la valoración a un paciente es un importante tener en cuenta las escalas con las que contamos para determinar la complejidad del paciente oncológico a la hora de discutir incluirlo en los tratamientos paliativos.

- Índice de Karnofsky: se trata de una escala del 0-100 donde valora la capacidad de realizar las actividades de la vida diaria.
- Escala de estado funcional del Eastern Cooperative Oncology Group (ECOG): es un instrumento que evalúa el funcionamiento del paciente dentro del ámbito del trabajo y en la casa.
- Cuestionario de evaluación de síntomas de Edmonton (ESAS): es una herramienta para apreciar la carga de síntomas en la enfermedad avanzada (Ramírez-Arellano, 2019).

Abordar la atención del paciente con una enfermedad terminal es un indicador del nivel socio-económico de la sociedad. A pesar de los avances en los estudios de medicina, el periodo final de la vida conlleva un gran sufrimiento en los pacientes y familiares. Pero a la vez, se han descubierto que existe la posibilidad de paliar ese sufrimiento (Alain, et.al., 2021).

Al ser la calidad de vida un indicador subjetivo y no poder cuantificarse, resulta más difícil valorarla. Todo ello junto a la falta de instrumentos validados para evaluar la calidad de vida, complica a los profesionales a tomar decisiones frente al manejo de estos pacientes.

Como conclusión, la mayor dificultad que se enfrentan los profesionales a la hora de decidir la transición de cuidados es evaluar con exactitud el pronóstico y beneficios y/o perjuicios del tratamiento (Vanegas, et.al., 2021).

Otras de las dificultades con las que se enfrentan los profesionales sanitarios es la desinformación y el poco contenido que se les proporciona durante la carrera sobre cuidados paliativos. Cuidados paliativos es una especialidad dentro de la medicina reciente, por lo cual no ha sido estudiada en profundidad en compara-

ción con otras materias dada en la carrera (Hernández, et.al., 2015).

En un estudio por la Universidad de Pittsburgh (2003) señaló que la desinformación sobre los tratamientos paliativos influye directamente en los conflictos y sentimientos de culpa del equipo sanitario que asiste al paciente. Todo ello repercute a sensaciones de haber tomado malas decisiones al afrontar la decisión de no iniciar o suspender el apoyo vital (Camargo, 2014).

Es fundamental el desarrollo de un plan de cuidados de forma conjunta con todo el equipo sanitario. El abordaje de unos protocolos únicos que permitan coordinar varias especialidades y a la vez facilitar el acceso de aquellos pacientes que lo necesiten, podría ser la solución más acertada. A la vez, promover estudios que aclaren la definición de paciente oncológico y paciente paliativo (Martinez, et.al., 2017).

El desarrollo de plan de cuidados de decisiones al que puedan acceder los sanitarios facilitaría a una mejor atención de los enfermos crónicos graves (Camargo, 2014).

En España existe una inclinación por seguir aumentando programas específicos en cada comunidad autónoma, pero aun así siguen siendo pocos los que están actualizados. Dentro de Europa son 24 países los que poseen un plan de cuidados paliativos. La falta de motivación para realizar un plan de cuidados y/o actualizarse se verá reflejado a la hora del trato con el paciente (Sánchez, et.al., 2019).

5 Discusión-Conclusión

En mi opinión la especialidad de cuidados paliativos, aunque es nueva y cuesta actualizarse, es fundamental su existencia en todos los hospitales. El tratamiento paliativo se encarga de aumentar la calidad de vida de los pacientes oncológicos y no oncológicos.

En los resultados hemos visto una clara evidencia de que no se ha definido con exactitud en qué consiste los tratamientos paliativos y su dificultad a la hora de derivar un paciente oncológico. Todavía existen pacientes que no se ven amparados en su fase final de la vida, con mal control de síntomas.

Con una guía donde recogiera los pasos a seguir a la hora de derivar un paciente oncológico a paliativos y sobre todo definir qué es un paciente paliativo, aliviaríamos ese sufrimiento y sensación de abandono del paciente.

Todo lo que estamos pidiendo debe iniciarse desde la enseñanza para que las próximas generaciones estén preparadas y con motivación para actualizar las guías ya formadas. Y a la vez, resolver aquellas dudas a la hora de decidir derivar a los pacientes.

6 Bibliografía

1. Alain, A. L., Yenier, B. S., & Roxana, V. M. (2021, October). Cuidados paliativos en el paciente oncológico. In *ethos*2021.
2. Camargo, R. D. (2014). Transición de los cuidados curativos a cuidados paliativos en el enfermo con patología terminal crónica no transmisible o en el enfermo crítico crónico. *Medicina*, 36(1), 79-83.
3. Cortijo-Palacios, X., Contreras-Bello, R., Gutiérrez-García, C., Cadena-Barajas, M., & Cibrián-Llenderal, T. (2020). Descripción y análisis de la sintomatología asociada al dolor en pacientes oncológicos en cuidados paliativos. *Revista Biomédica*, 31(3), 117-124.
- De cuidados paliativos, d. E. (2018). Derivación de pacientes a equipos de soporte.
4. Fhon, J. R. S., Silva, L. M., Rodríguez, R. A. P., & Carhuapoma, A. M. E. (2018). Percepción de las enfermeras sobre cuidados paliativos: experiencia con pacientes oncológicos. *Rev Iberoam Educ Invest Enferm*, 8(3), 28-36.
5. García, M. A., & Prieto, M. J. S. (2021). Intervención educativa sobre cuidados paliativos en pacientes oncológicos.
6. Hernández Quintero, O. T., Arbelo Figueredo, M., Reyes Mendes, M. C., Medina González, I., & Chacón Reyes, E. J. (2015). Nivel de información sobre cuidados paliativos en médicos residentes. *Educación Médica Superior*, 29(1), 14-27.
7. Martínez-Litago, E., Martínez-Velasco, M. C., & Muniesa-Zaragozano, M. P. (2017). Cuidados paliativos y atención al final de la vida en los pacientes pluripatológicos. *Revista Clínica Española*, 217(9), 543-552.
8. Ramírez-Arellano, E. E. (2019). Cuidados paliativos, ¿cuándo referir?. *Revista de Sanidad Militar*, 73(2), 146-154.
9. Sánchez Gutiérrez, M. E., Sanz Rubiales, Á., Simó Martínez, R. M., & Flores Pérez, L. A. (2019). Estrategias regionales de cuidados paliativos en España: estudio descriptivo. *Med Paliat [Internet]*, 26(2), 104-112.
10. Torcal Baz, M., & Ventoso Mora, S. A. (2020). Manejo y tratamiento del dolor en cuidados paliativos. *Revista Clínica de Medicina de Familia*, 13(3), 203-211.
11. Vanegas, A. A., Bohada, M. C., de la Hoz, J. M., Gutiérrez, L. O., & Moreno, C. B. (2021). Identificación de necesidades de cuidados paliativos en Pacientes oncológicos: una revisión sistemática. *Ciencia y Salud Virtual*, 13(1), 15.

Capítulo 8

DOLOR IRRUPTIVO: IDENTIFICACIÓN Y CLASIFICACIÓN.

ANIANA GONZÁLEZ ORTEGA

MARÍA HIDALGO SÁNCHEZ

MARÍA MARÍN SABARIEGO

1 Introducción

El dolor irruptivo es un tipo de dolor que se relaciona con pacientes oncológicos con alta complicación y a su vez se considera el aspecto más complejo del cáncer. Actualmente, no existe una definición sobre el dolor irruptivo que se encuentre aceptada, este estudio se encuentra en pleno desarrollo. El primer autor en definirlo por primera vez fue Portenoy y Hagen en 1990 haciendo referencia al dolor basal y el tratamiento con opioides (Monserrat, 2017).

Pese a la gran trascendencia epidemiológica y de ser un síntoma muy complicado de resolver, su diagnóstico y tratamiento siguen siendo el problema fundamental al que se enfrentan el personal sanitario.

La infravaloración del dolor de los pacientes provoca un mal tratamiento sobre el dolor irruptivo, que a su vez empeora su calidad de vida. Sin embargo, no podemos obviar que también influye el pensamiento del personal sobre la adicción o tolerancia a algunos medicamentos que provoca ese miedo a subir la dosis (Gálvez, 2018).

La intensidad del dolor irruptivo conlleva la afectación de la calidad de vida de los pacientes, es por ello que es necesario que los equipos sanitarios estén entrenados en el manejo del dolor para realizar un abordaje adecuado (Díaz, et.al., 2020).

El dolor irruptivo está asociado a un aumento de dolor basal, de elevados niveles de ansiedad y/o depresión, con el deterioro de las actividades básicas de la vida y calidad de la vida.

Este tipo de dolor precisa una evaluación exhaustiva del paciente con el objetivo de identificar el origen del dolor y entender su relación con el dolor basal.

Lo ideal sería tratar el dolor irruptivo desde una fase temprana y adecuada. Al ser la duración de entre 15-30 min, por lo que para el tratamiento debemos usar opioides de acción rápida y de vida corta (Rodríguez, et.al., 2018).

2 Objetivos

Objetivo principal:

- Estudiar la definición de dolor irruptivo.

Objetivos secundarios:

- Describir la clasificación de dolor irruptivo.
- Estudiar la identificación del dolor irruptivo.

3 Metodología

La metodología de este estudio se basa en una búsqueda bibliografía de los últimos 5 años (2017-2022), donde el tema principal es el dolor irruptivo. Se realizó la búsqueda en la base de datos de Scielo y Google Académico.

Los términos fueron:

- Dolor irruptivo.
- Definición.
- Clasificación.
- Identificación.

Los términos se unieron mediante los booleanos AND y OR.

Para la búsqueda inicial se utilizó un término libre “dolor irruptivo” y para las siguientes unimos los demás términos por orden.

Los términos de inclusión fueron aquellos artículos publicados en los últimos 5 años, referido al ámbito sanitario y pertinente a la investigación. Se excluyeron aquellos artículos que no estuviera disponible de forma gratuita y con un idioma diferente al español.

4 Resultados

El dolor irruptivo se define como la agravación del dolor agudo con una aparición rápida, de corta duración y señalado como intensidad entre moderada y alta. Sucede de forma espontánea y puede estar relacionado o no con un dolor basal ya conocido y controlado.

La definición de dolor irruptivo es diferente en la mayoría de los países, empleando distintos apodos. Lo que complica cada vez más el poder diagnosticarlo. En la práctica se utiliza este término de forma inadecuada para definir otro tipo de dolor.

El dolor irruptivo se asocia con un manejo inadecuado y mal pronóstico, que solo puede solventarse con una valoración exhaustiva, un tratamiento individualizado y un adecuado seguimiento (Torres, et.al., 2017).

Se caracteriza por:

- Un inicio rápido y de alta intensidad.
- Si máxima intensidad es breve.
- Duración de 15-30 minutos.
- Se presenta normalmente en concordancia con el dolor basal.
- Con sucesivos acontecimientos durante el día.
- Obstaculiza las actividades de la vida diaria.

La clasificación del dolor irruptivo se puede dividir por:

Etiología:

- Tumor.
- Pruebas complementarias diagnósticas.
- Quimioterapia/radioterapia.
- Síntomas vinculados al proceso tumoral.

Fisiopatología:

- Nociceptivo: presenta relación con la activación de los nociceptores debido a daños tisulares.
- Neuropático: existe una lesión nerviosa, sea periférica o central dentro de la transmisión somatosensorial.
- Mixto: se refiere a la presencia de ambos tipos.

Factores desencadenantes:

- Dolor incidental: es originado por un movimiento o ejercicio. Dentro existen tres subtipos: o Volitivo: se produce por una acción voluntaria del paciente.

No volitivo: por una acción involuntaria.

Procedimental: por una acción ejercida por una persona externa hacia el paciente.

- Dolor idiopático o espontáneo: no se identifica el origen del dolor y aparece sin control. El manejo de este tipo de dolor es incluso más complejo (Esparza, 2018). Existen varias herramientas para diagnosticar el dolor irruptivo, pero la más fácil y actualizada es el algoritmo de Davies y cols. Este algoritmo se basa en tres preguntas sencillas:

1. ¿Tiene el paciente dolor basal?
2. ¿Está el dolor basal adecuadamente controlado?
3. ¿Tiene el paciente exacerbaciones transitorias de dolor?

Si la respuesta de las tres preguntas es “sí” podemos decir que estamos ante un dolor irruptivo. Aun teniendo este algoritmo es necesario su complementariedad con un estudio detallado de la historia individualizado del paciente (Varillas, et.al., 2019).

Actualmente, el algoritmo de Davies es la única herramienta de diagnóstico que se encuentra disponible en castellano. Su reciente traducción y estudio puede ser la causa de su desconocimiento (Montserrat, 2017).

Según el estudio de las controversias sobre la definición de dolor irruptivo, la elaboración de protocolos sobre el manejo del dolor del paciente es lo más importante para poder llegar a un consenso.

Para poder mejorar su evaluación se ha propuesto la creación de un diario por parte del paciente donde anota el número de episodios, tiempo hasta alivio del dolor, grado de alivio alcanzado, duración e intensidad (Alcántara, et.al., 2018).

5 Discusión-Conclusión

La conclusión que puedo llegar tras realizar el estudio es que la prevalencia del dolor irruptivo es significativa, a todo esto, se le agrava todos esos pacientes que no han sido diagnosticados por la falta de herramientas y conocimientos actualizados.

Es necesario ampliar los estudios sobre el dolor irruptivo, para poder consensuar una definición y a partir de ahí poder seguir trabajando. Podemos decir que estamos lejos de conseguir una guía actualizada e informada sobre el dolor irruptivo, pero la gran relevancia que presenta para la calidad de vida del paciente es el interés fundamental para crearla.

Afirmamos que existen herramientas para poder identificar este dolor irruptivo (algoritmo de Davies), sin embargo, es la única actualizada y traducida a nuestro idioma. Aun existiendo, esta herramienta no es conocida por los profesionales encargados de identificarlo.

El dolor irruptivo es un tema reciente y poco estudiado que merece ser investigado de forma exhaustiva y plantear la opción de unificar criterios y valores para realizar un protocolo útil y efectivo.

6 Bibliografía

1. Alcántara-Montero, A., & González-Curado, A. (2018). Consenso y controversias sobre la definición, evaluación y seguimiento del dolor irruptivo oncológico (DIO): resultados de un estudio Delphi. *Revista de la Sociedad Española del Dolor*, 25(2), 129-131.
2. Díaz Esteban, A., Illán Varella, S., Illán Varella, A., & Panadero Amado, S. (2020). Dolor irruptivo oncológico de mal control secundario a masas suprarrenales bilaterales. *Hospital a Domicilio*, 4(2), 89-94.
3. Esparza-Minana, J. M. (2018). Diagnóstico y tratamiento médico del dolor irruptivo. *Med Clin (Barc)*, 150(3).
4. Gálvez-Mateos, R. (2018). ¿Tratamos bien el dolor irruptivo?. *Revista de la Sociedad Española del Dolor*, 25(6), 309-310.
5. Monserrat Iturria, J. (2017). Dolor irruptivo oncológico: identificación y evaluación.

Capítulo 9

PREVENCIÓN DEL CONSUMO DE DROGAS DESDE ATENCIÓN PRIMARIA

LORENA ORTIZ ORTIZ

SARA MUÑOZ MARÍN

ELENA MUÑOZ MARÍN

1 Introducción

Actualmente, el consumo de drogas es uno de los principales problemas de nuestra sociedad, por su alta incidencia y sus graves consecuencias en la salud. Aproximadamente el 5.6 % de la población mundial entre 15 y 64 años consumió en al menos una ocasión durante el 2020. En España, un tercio de los habitantes ha consumido alguna droga alguna vez en su vida, siendo las más habituales las legales: alcohol y tabaco.

Se define droga como sustancia química que modifica los procesos fisiológicos y bioquímicos de los tejidos o los organismos. Se caracteriza por tener la capacidad de crear adicción, a través del consumo repetido de una o varias sustancias, con dificultad para modificar o abandonar el hábito. Cuando ese impulso es imperioso se denomina craving y aparece un deseo subjetivo de experimentar los efectos de dicha sustancia, primero de manera gratificante y posteriormente como una necesidad.

Otra característica de las drogas es la tolerancia que generan, necesitando cada vez más cantidad de sustancia para conseguir el mismo efecto al haber una disminución de respuesta por el uso continuado. Por otro lado pueden provocar síndrome de abstinencia, definido como un conjunto de síntomas que aparecen al suspender o reducir el suministro de una sustancia que ha sido consumida durante un periodo prolongado.

2 Objetivos

Objetivo principal:

- Conocer los distintos tipos de drogas.

Objetivos secundarios:

- Identificar los factores de riesgo y de protección.
- Conocer las actividades preventivas desde atención primaria.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha realizado una búsqueda sistemática en revistas electrónicas como "Semfyc" y "Atención Primaria", así como en la base de datos Pubmed. Se han consultado diversas páginas Web como la de la "Organización Mundial de la Salud" y el "Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad".

4 Resultados

Las drogas se pueden clasificar según su origen en naturales, cuando aparecen de forma espontánea en la naturaleza o sintéticas si requieren procesos físicos o químicos para su preparación. Según el estatus legal, en legales, como el tabaco y el alcohol, o en ilegales. Por último, según el efecto pueden ser estimulantes, como la cocaína, las anfetaminas, la nicotina y las metilxantinas; depresoras, como el alcohol, los barbitúricos y las benzodiacepinas; o psicodélicas, como las anfetaminas alucinógenas o la ketamina.

Los factores de riesgo incrementan la probabilidad de consumir, mientras que los de protección la reducen y amortiguan el impacto de los primeros. Se clasifican teniendo en cuenta el ámbito individual, familiar, de grupo, de iguales, la escuela, la comunidad y la sociedad. Algunos factores de riesgo individuales son

baja autoestima, rebeldía e impulsividad, mientras que de protección son tener creencias saludables y una autoimagen positiva. En cuanto al grupo de iguales, tener relaciones problemática aumenta el riesgo, mientras que resistir a la presión y mantener una implicación en la sociedad son factores de protección. A nivel familiar, la desestructuración y la falta de control son de riesgo y la existencia de un clima de confianza y apego son de protección. En la escuela, aumenta el riesgo el fracaso en los estudios, sin embargo, la implicación y el apoyo del profesorado lo disminuyen. En la comunidad, la crisis económica, la fácil disponibilidad o la legislación son factores de riesgo, mientras que de protección serían las redes de apoyo y el difícil acceso. Por último, dentro de la sociedad, el desempleo, discriminación o empobrecimiento aumentarían el riesgo, disminuyéndolo una sociedad con leyes restrictivas y mensajes de resistencia.

Uno de los objetivos principales de la prevención es reducir esos factores de riesgo y favorecer los de protección, así como retrasar la edad media de inicio en el consumo, reducir la prevalencia y los problemas relacionados. La prevención puede ser universal, dirigida a toda la población para impedir o retrasar el consumo; selectiva, hacia grupos vulnerables para evitar los factores de riesgo; e indicada, cuyo objetivo es detener la progresión del uso esporádico en personas que ya consumen.

Desde atención primaria existe un gran campo de actuación, pudiendo realizar actividades individuales, para conocer las conductas de salud y las prácticas de riesgo, e intervenciones comunitarias en colaboración con los centros escolares, asociaciones y organizaciones.

5 Discusión-Conclusión

Los problemas asociados al consumo de drogas son múltiples: accidentes de tráfico, relaciones sexuales de riesgo, problemas familiares, económicos, psicológicos, laborales y legales, enfermedades infecciosas por vía inyectada y comorbilidad relacionada, problemas de salud mental, sobredosis, daños cerebrales, violencia, alteración en la atención y en la memoria, problemas para dormir y para relacionarse, entre otros.

Sabiendo la edad de inicio en el consumo, descubrimos la importancia de la prevención en esta etapa. Para el abordaje desde atención primaria, debemos tener en cuenta al individuo, la sustancia y el contexto, estableciendo una relación de confianza y empatía a través de la escucha activa.

Para poder llevar a cabo las actividades preventivas oportunas, es necesario aumentar la percepción del riesgo, fomentar la capacidad en la toma de decisiones, disminuyendo la accesibilidad y la disponibilidad. Para todo ello, es imprescindible la implicación de todos los sectores de la comunidad.

6 Bibliografía

1. Álvarez E, Brime B, Llorens N, Ruíz A, Sánchez E. Informe 2017 Alcohol, tabaco y drogas ilegales en España. Observatorio español de las drogas y las adicciones. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios sociales e Igualdad; 2018. NIPO: 680-18-111-2.
2. López Santiago A, Zarco Montejó J, Sánchez Ventura J C, Nebot Adell M, Mascort Roca J. Sesiones clínicas en APS. Drogas y familia: Prevención y orientación. Abordaje desde la Atención Primaria. 2ª Edición. Fundación “La Caixa”. Barcelona: Semfyc Congresos y Ediciones; 2016. ISBN: 978-84-15037-38-5.
3. National Institute on Drug Abuse. Encuesta Observando el futuro: las tendencias en los jóvenes y la escuela secundaria. Michigan: National Institute on Drug Abuse; 2018.
4. Zarco Montejó J, Caudevilla Galligo F, López Santiago A, Álvarez Mazariegos JA, Martínez Osorio S. El papel de la Atención Primaria ante los problemas de salud relacionados con el consumo de drogas. Barcelona: Semfyc Ediciones; 2007.
5. Caudevilla Galligo F. Drogas: Conceptos generales, epidemiología y valoración del consumo. Barcelona: Semfyc Ediciones; 2007.

Capítulo 10

SÍNDROME DE ABSTINENCIA NEONATAL. DEFINICIÓN. EFECTOS DE LAS SUSTANCIAS TÓXICAS SOBRE EL FETO Y SÍNTOMAS QUE APARECEN EN EL NEONATO

MARÍA JOSEFA MOLINA CIUDAD REAL

ANA BELÉN SÁNCHEZ PASTOR

MAEBA RIVAS MUÑOZ

LOURDES SERRANO RABANAL

MARÍA HERNÁNDEZ SÁNCHEZ

1 Introducción

El síndrome de abstinencia neonatal es el conjunto de síntomas que presenta el bebé al dejar de recibir cualquier tipo de droga consumida por la madre durante el embarazo y que le ha generado una adicción.

Los bebés prematuros corren menos riesgo de padecer síntomas de abstinencia o pueden tener síntomas menos graves. También pueden recuperarse más rápidamente porque estuvieron menos expuestos a la droga que los bebés que nacen a término.

En España se ha ido produciendo, con el paso del tiempo y la evolución humana y social, un aumento importante del consumo de sustancias de abuso en mujeres que se encuentran en edad fértil, últimos estudios que se han realizado indican que casi un 3 % de las mujeres embarazadas consumen algún tipo de droga de abuso, estas sustancias, por desgracia, pasan también al feto a través de la placenta y convierten al bebé en un drogadicto aunque sea por consumo de forma indirecta, que una vez nace, experimenta disminución de dicha sustancia y pasado cierto tiempo puede presentar síntomas de abstinencia.

Este síndrome es un problema fácil de prevenir, ya que puede prevenirse de forma precoz, si la madre deja de consumir drogas antes del embarazo o tan pronto se confirme que está embarazada.

2 Objetivos

Conocer los efectos del consumo de sustancias tóxicas durante el embarazo sobre el feto y los síntomas del síndrome de abstinencia en recién nacidos y qué consecuencias tiene para el bebé.

3 Metodología

Para la realización de este capítulo, se ha llevado a cabo una revisión bibliográfica exhaustiva sobre literatura científica existente en la materia a desarrollar, y también se han consultado artículos revisados, en diferentes bases de datos, tales como; Medline, Asociación Española de Pediatría, Enfermería Pediátrica y Pubmed.

4 Resultados

Efectos de las principales sustancias tóxicas sobre el feto:

- Aumento en la frecuencia de abortos y prematuridad.
- Malformaciones fetales.
- Placenta previa.
- Aumento del riesgo de desprendimiento de placenta.
- Aumenta la presentación de nalgas en el parto.
- Niños de bajo peso.
- Circunferencia cefálica pequeña.
- Complicaciones obstétricas.

- ETS.
- Vasoconstricción e hipertensión que pueden provocar entre otras muchas cosas, hipoxia y muerte fetal.

Síntomas de las principales sustancias tóxicas sobre el neonato:

El inicio y la duración del síndrome de abstinencia siempre va a depender de varios factores, uno es el tipo de droga que se consuma, fecha del último consumo respecto al momento del parto y de la dosis de la última toma.

El momento de aparición del síndrome, se ve retrasado cuanto más cercano al parto se haya hecho el consumo de drogas, ya que si la madre las ha consumido justo antes del parto, el bebé al nacer aún tiene la sustancia en su organismo y la metaboliza durante algún tiempo, por lo que los síntomas tardan más en aparecer. El momento más frecuente de aparición de los primeros síntomas es alrededor del tercer día de vida. El síndrome de abstinencia se presenta en el 60-90 % de los recién nacidos hijos de madres consumidoras de drogas de abuso.

A nivel del sistema nervioso, el niño puede presentar un aumento del tono muscular, temblores, irritabilidad e incluso fiebre. A nivel gastrointestinal puede presentar vómitos, diarrea y problemas para la succión y la deglución.

También pueden presentar alteraciones respiratorias relacionadas con el ritmo, con respiraciones más rápidas e irregulares. La inquietud que presentan estos niños y los movimientos bruscos e incesantes pueden producir lesiones en la piel del bebé por fricción contra superficies. El ciclo bio-rítmico del recién nacido también se ve bastante alterado, con alteraciones en el sueño y en el descanso.

Los bebés que tienen abstinencia se muestran muy irritables y suele resultar difícil calmarlos. Para ello puede ayudarnos el envolver al bebé en una manta para darle confort. Estos bebés también pueden necesitar un aumento de calorías adicionales debido a su alteración en la actividad física, es aconsejable recurrir a una fórmula con más cantidad de calorías. También pueden precisar aporte de líquidos IV, en caso de deshidratación, generalmente provocada por vómitos o diarrea agudas.

Algunos niños precisan medicamentos para tratar estos síntomas graves generados por la abstinencia, como puede ser, las convulsiones. Los medicamentos también ayudan a aliviar molestias y problemas causados por la abstinencia que sufren. Por lo general, a los bebés se les administra un tipo de medicación que se encuentra dentro de la misma familia que la droga que le ha provocado este síndrome de abstinencia. Una vez que se consigue controlar los signos de abstinencia, se va a ir reduciendo lentamente la cantidad de medicamento que se administra al bebé con la finalidad de ir separando al bebé de la droga.

5 Discusión-Conclusión

Las mujeres embarazadas que consumen droga de todo tipo, incluido el alcohol, ponen a sus bebés en riesgo de padecer este síndrome de abstinencia neonatal y otros problemas adyacentes. Este tipo de mujeres que consumen drogas, es probable que no busquen atención médica prenatal y esto puede aumentar todo tipo de riesgos tanto para la mamá como para el bebé, por todo ello siempre es importante conocer a fondo, que efectos y/o síntomas pueden aparecer sobre el feto y el neonato con el fin de evitar posibles riesgos.

Con la elaboración de este capítulo hemos podido llegar a la conclusión de que, es necesario conocer tales efectos para poder ayudar a su prevención temprana o en el peor de los casos, conocer la evolución en estos niños para poder aliviar sus síntomas, para procurar un mayor confort.

6 Bibliografía

1. Consumo de drogas en España. Disponible en <http://www.msc.es/pnd/presenta/html/consumo.htm>.
2. Martínez-Frías ML. Análisis de riesgo de defectos congénitos debido a la ingesta de drogas durante el embarazo. *Med. Clin (Barc)*. 1999;112:41-4.
3. Porcel Gálvez, Ana María Ortega Martínez, Sandra María Barrientos Trigo, Sergio Ferrinho Ferreira, Rogerio Martínez Lara, Concepción. «Síndrome de abstinencia neonatal: evolución en los últimos diez años». *Enfermería Global*.
4. M.^a A. Martín Mar. Domingo, G. Solís Sánchez. a, S. Málaga Guerrero. b, C. Cuadrillero Quesada, C. Pérez Méndez y J.L. Mate. Sanz Pérez (2013). «Consumo de drogas durante el embarazo y morbilidad neonatal: cambios epidemiológicos en los últimos 10 años». *Medicina fetal y neonatología*. Archivado desde el original el 12 de mayo de 2018.

Capítulo 11

UTILIZACIÓN DE LA VÍA SUBCUTÁNEA MEDIANTE PERFUSIÓN CONTÍNUA

ANIANA GONZÁLEZ ORTEGA

MARÍA MARÍN SABARIEGO

MARÍA HIDALGO SÁNCHEZ

1 Introducción

La vía oral por excelencia para el control de síntomas es la vía oral, pero no siempre el paciente conserva la capacidad de tragar completamente y existen dificultades o riesgos de broncoaspiración. Es en ese momento cuando la mejor forma de abordar el paciente es con la vía subcutánea.

La vía subcutánea es sencilla de manejar para los pacientes y familiares, por lo que permite en muchos casos la autonomía del propio paciente. La técnica es segura, poco invasiva y no dolorosa, a su vez disminuyen los riesgos de infección. Las complicaciones que pueden surgir tras la aplicación de esta vía son reacciones locales de resolución rápida y simple (Rial, et.al., 2020).

La administración de medicamento puede ser de dos formas diferentes:

- Intermitente: es decir, administrar la medicación que precise a la hora de sufrir un síntoma no deseado.
- Infusión continua: la administración del medicamento se libera de forma constante y controlada, a través de bombas de infusión, infusores o gotero.

El tipo de paciente que se puede beneficiar más de una vía subcutánea son aquellos con pérdida total de la vía oral, ya sea por el tumor o pérdida de la consciencia, obstrucción intestinal y/o náuseas (Bosch, et. al., 2020).

2 Objetivos

Objetivo principal:

- Poder describir las características de la vía subcutánea.

Objetivos secundarios:

- Clasificar los distintos modelos de infusores.
- Recomendar la administración continua de medicamentos mediante los infusores.

3 Metodología

Se realizó una búsqueda bibliográfica en las bases de datos de Scielo y Google Académico para recolectar información sobre la perfusión continua en vía subcutánea.

Los términos libres fueron: Vía subcutánea-infusión continua-perfusión continua. Todos unidos con booleanos como AND y OR.

Se revisaron aquellos artículos publicados en español, con acceso gratuitos y publicados en los últimos 5 años.

4 Resultados

Nuestro trabajo se centra en la administración continua de medicamentos. Esta administración se lleva a cabo mediante diferentes dispositivos. Esta forma de administrar es la ideal para controlar los síntomas, ya que se puede disponer de varios fármacos de forma conjunta y evitamos los efectos de pico/valle.

Existen diferentes modelos de infusores como:

- Elastoméricos (con mecanismo de balón):

Son considerados como los infusores más utilizados mundialmente. Son dispositivos de un solo uso, su función no depende de baterías, sino que funciona mediante un filtro de partículas y de flujo.

Su diseño permite una administración segura y controlada, donde podemos regular la velocidad del flujo. La operatividad que impulsa el flujo es la retracción elástica del infusor.

Estos infusores son capaces de administrar la medicación durante 5-7 días. Para calcular el volumen que queremos administrar debemos restarle el volumen de medicación a infundir al volumen máximo del infusor que nos dará el volumen de suero fisiológico que administrar.

- Mecánicos (con mecanismo de resorte o de jeringa):

Su función depende de un muelle de resorte que ejerce tensión sobre el globo de fármaco dentro de la bomba. Su ventaja principal es la reutilización del infusor.

- Electrónicos (con mecanismo de tipo peristáltico):

Son infusores más complejos y caros que se utiliza principalmente para controlar el dolor con analgésicos en pacientes complejos (Rubio, et.al., 2018).

Existen varias recomendaciones antes de rellenar, colocar y dejar al paciente. Por ejemplo, para la colocación de la vía subcutánea se debe realizar una importante inspección y comprobación de la zona de inserción, evitando piel con heridas y asegurando una fiabilidad y comodidad al paciente.

Hay que tener en cuenta el volumen máximo propuesto por el fabricante para cada infusor y con ello los fármacos y diluyente contenido dentro. Para menor riesgo de precipitación se aconseja diluir con suero fisiológico. Al llenar completamente el infusor se deberá pulgar, de tal forma que iniciamos el flujo y no terminamos hasta ver caer dos gotas del sistema.

El propio infusor está hecho de un material resistente a la luz, por lo que no es necesario protegerlo de tal.

Lo más importante es vigilar la zona de punción, que no aparezcan ninguna fuga, enrojecimiento o dolor (Martin, et.al., 2018).

Las zonas más utilizadas son los brazos (siempre zona superior y anterior), abdomen con una distancia del ombligo de 5 cm, región escapular, glúteos y lateral de los muslos. Las dos últimas menos frecuentes por su incomodidad. Es fundamental realizar rotación de las zonas de punción para evitar heridas o moratones que dificultan la absorción de la medicación. Es recomendable seguir un modelo que recoja las zonas ya utilizadas y su puesto (Álvarez, et.al., 2019).

5 Discusión-Conclusión

La vía subcutánea es sencilla de utilizar, manejable y con pocas complicaciones. Su sencillez es la razón de ser la vía de elección tras la vía oral y en caso de perfusión continua en domicilio la primera.

Como hemos visto en los resultados, resulta bastante útil la utilización de infusores en vía subcutánea para controlar los síntomas, incluso de hidratar a un

paciente en un momento de urgencias. La desventaja principal que provoca con la vía subcutánea son volúmenes muy bajos que en infusores serían un flujo disminuido.

No podemos dejar, a un lado, el beneficio enorme que consiguen el familiar y paciente sobre su autocuidado y autonomía, ayudando a su calidad de vida.

6 Bibliografía

1. Álvarez JC., Bermello L., Blanco RM., Dacal AM., Gómez E., Jiménez LR., Pérez M., Pérez MJ., Roca O., Vila I. Procedimiento de administración de medicación por vía subcutánea. Servicio Gallego de Salud. 2019.
2. Bosch, M. E. (2020). Compatibilidad y estabilidad físico-química de mezclas de medicamentos en infusores para vía subcutánea susceptibles de ser utilizadas en pacientes de cuidados paliativos en Andalucía (Doctoral dissertation, Universidad de Málaga).
3. Martin, R. M. A., & Salas, N. Q. (2018). Utilización de la vía subcutánea mediante perfusión continua. Revisión de la evidencia. *Atalaya Médica Turolense*, (13), 5-11.
4. Rial Carrillo, I., Martínez-Santos, A. E., & Rodríguez-González, R. (2020). Características del empleo de la vía subcutánea para la administración de medicamentos en pacientes en cuidados paliativos. *Index de Enfermería*, 29(1-2), 37-41.
5. Rubio, L. M., & Vallejo, J. C. B. (2018). Utilización de la vía subcutánea en el ámbito domiciliario en personas que se encuentra en el final de la vida: revisión narrativa estructurada. Biblioteca Lascasas.

Capítulo 12

LA IMPORTANCIA DEL PAPEL DE LA ENFERMERÍA EN LA ALIMENTACIÓN Y NUTRICIÓN DEL NIÑO SANO

MARÍA HERNÁNDEZ SÁNCHEZ

MARÍA JOSEFA MOLINA CIUDAD REAL

MAEBA RIVAS MUÑOZ

ANA BELÉN SÁNCHEZ PASTOR

LOURDES SERRANO RABANAL

1 Introducción

Es necesaria una alimentación y nutrición correcta durante la infancia por varios motivos como: permitir el crecimiento y el desarrollo total, conseguir un rendimiento físico y psíquico óptimo, mantener y mejorar la salud, así como recuperarse de los procesos de enfermedad más fácilmente.

Los primeros meses de vida (etapa de lactante) es una época en la que se producen muchas modificaciones dinámicas (antropométricas, de composición corporal, de maduración de órganos y sistemas), lo que precisa de una exigente demanda nutricional. Diversos autores coinciden en la advertencia de ser una etapa crítica, ya que el organismo está inmaduro y cualquier error o efecto de desequilibrio puede ser grave y tener repercusiones futuras.

En la etapa posterior, la alimentación preescolar supone una oportunidad para adquirir y fomentar hábitos saludables e introducir nuevos alimentos, sabores, colores, texturas, etc., favoreciendo la autonomía y desarrollo del niño, siendo imprescindible para mantener el crecimiento y desarrollo en futuras etapas.

Por todo lo destacado anteriormente, se pone en evidencia el importante papel de la enfermería en la alimentación y nutrición del niño, basándose en la orientación a una alimentación saludable. Las etapas de dicho proceso de crecimiento están en continuo cambio y por ello se necesita de un profesional capacitado que realice un seguimiento exhaustivo de las necesidades requeridas en cada etapa y sirva de guía durante todo el desarrollo.

En un primer momento este profesional trabajará centrándose en las recomendaciones a los padres durante la etapa del lactante (etapa crítica como se cita anteriormente) y posteriormente focalizándose en la adquisición de hábitos saludables en la etapa preescolar que servirán de base, en algunos casos, para el resto de su vida.

2 Objetivos

Objetivo principal:

- Enfatizar la importancia del personal de enfermería en el asesoramiento nutricional de los niños en todas sus etapas de crecimiento.

Objetivos secundarios:

- Incentivar el logro de unos hábitos alimenticios saludables en la población infantil mediante técnicas y prácticas con los padres.
- Mejorar los aspectos socioeconómicos de la comunidad a través de la promoción de la salud por parte de enfermería.

3 Metodología

Para la realización del presente capítulo, se ha elaborado una investigación que consiste en una búsqueda de información, revisión bibliográfica, sobre la literatura científica existente de la materia.

Se han seleccionado artículos científicos previamente revisados tras una lectura exhaustiva de los mismos. Dichos artículos han sido buscados en las principales bases de datos científicas: Pubmed, Scielo, Medline y Cuiden. También se ha utilizado buscadores académicos como Google Académico.

4 Resultados

Es imprescindible conocer lo que engloba la alimentación del niño a lo largo de su proceso de crecimiento:

Durante los primeros seis meses de vida, la mayoría de autores recomiendan la lactancia materna exclusiva como el perfecto alimento para el niño por todas sus ventajas: tiene los nutrientes necesarios para cada etapa, previene alergias alimentarias, presenta propiedades antiinflamatorias, inmunológicas y antiinfecciosas. Estos beneficios también se han seguido observando en niños lactantes mayores de doce meses. También encontramos la lactancia artificial, que se puede usar como complemento o suplemento de la lactancia materna.

A partir de los seis meses de edad, el niño requiere mayores nutrientes, por lo que se continuará con la alimentación complementaria, que consiste en la introducción de alimentos diferentes a la leche. En esta etapa se debe referenciar los alimentos que el niño debe ingerir para crecer y desarrollarse saludablemente; siendo la edad de inicio y características un factor de protección para el sujeto frente a las enfermedades gástricas, intestinales (estreñimiento, diarreas) y malnutrición (desnutrición, obesidad).

Numerosos estudios demuestran que los padres presentan ligeros conocimientos generales sobre alimentación complementaria, pero no sobre la cantidad y frecuencia con la que deben consumir los diferentes alimentos sus hijos. Debido a esto, se hace evidente la necesidad de orientación y apoyo por parte del profesional de enfermería en la educación sobre alimentación a los padres, guiándoles en prácticas saludables para la nutrición, crecimiento y desarrollo del niño, haciendo hincapié en el tipo, frecuencia, consistencia y calidad de los alimentos a aportar según la edad. Por todo esto es de gran importancia planificar y organizar la adecuada atención profesional para promover la integración familiar con la participación activa de los padres en cada etapa de vida de su hijo, produciendo cambios comportamentales, actitudes e incrementar el conocimiento de estos para tender a disminuir los riesgos como desnutrición, obesidad y malos hábitos en la dieta.

La principal intervención de la enfermera para instaurar unos buenos hábitos alimenticios en la edad infantil, se basa en la capacidad de guiar y orientar a los padres. Estos tienen la capacidad de impactar en las elecciones alimentarias de sus hijos e interaccionar en las situaciones familiares relacionadas con la alimentación.

Diversos artículos coinciden en que la enfermera debe orientar a los padres para establecer unos límites, estimular y moldear las conductas y actitudes que los

niños deben tomar hacia los alimentos. Se han clasificado los estilos parentales de alimentación en función del nivel de responsabilidad de estos: responsivo (con autoridad), no-responsivo (o autoritario), indulgente (o permisivo) y negligente. Desde el punto de vista profesional, se ha valorado que las prácticas responsivas cotidianamente llevadas a cabo por los padres, con la finalidad de incentivar al niño a comer y regular la cantidad y tipo de alimentos consumidos, surgen mejor efecto en los niños.

Aparte del estilo parenteral, diferentes autores refieren que las prácticas alimentarias instauradas en los niños se ven influenciadas por diversos factores que obstaculizan o facilitan su ejecución, como las condiciones ambientales, económicas, laborales, costumbres culturales, habilidades, conocimiento y creencias.

A partir de la edad escolar, las intervenciones de enfermería se centrarán ya no solo en los padres, sino también en la adquisición de autonomía por parte del niño. Varios autores coinciden en algunos ejemplos de prácticas muy acertadas como involucrar a los niños en la elaboración de la comida o la construcción de un pequeño huerto. Son acciones que ya no solo se centran en el entorno familiar, sino también en el escolar y donde la enfermería tiene mucho que aportar.

5 Discusión-Conclusión

Para finalizar dicho capítulo, podemos admitir que existe una relación clara entre los hábitos de alimentación y algunos de los problemas de salud más prevalentes a nivel mundial, siendo estos, en la actualidad, foco de preocupación en salud pública. La prevención de estos problemas de salud debe hacerse a edades tempranas, donde la primera infancia es el momento clave donde los hábitos alimenticios son aprendidos y sirven de base para el resto de la vida.

Por todo lo anterior, se puede concluir que es de vital importancia el papel que ejerce la enfermería en el seguimiento y guía de todo el proceso de aprendizaje de la alimentación desde el nacimiento del niño. La enfermera centrará sus intervenciones en un primer lugar en la familia a través de prácticas y orientación a los padres, y posteriormente centrándose en la autonomía de los niños a través ya no solo del entorno familiar, sino también interaccionando con el entorno escolar. Teniendo en cuenta siempre las condiciones socioeconómicas y las costumbres culturales de la comunidad.

6 Bibliografía

1. Ana Isabel Jiménez Ortega. De lactante a niño. Alimentación en diferentes etapas. *Nutrición Hospitalaria*. 2017; 34(4).
2. Aranda A. Alimentación saludable en niños escolares en Ciudad del Plata, Departamento de san José. Uruguay. *Revista Uruguaya de Enfermería*. 2014 Noviembre; 2 (9).
3. Torres. Conocimientos de los padres de niños de 6 a 12 meses sobre alimentación complementaria en el Centro de Salud san juan de Miraflores. Tesis para optar al Título de Licenciada en Enfermería. Lima, Perú: Facultad de Medicina Humana, E.A.P de Enfermería; 2012.
4. Alcocer meñ. Rol educativo de enfermería: realidad, mitos y desafíos de la alimentación complementaria en los niños menores de 3 años del puesto de salud de San José. Trabajo académico para optar el título de segunda especialidad profesional de salud pública y comunitaria. Perú: universidad nacional de Callao, Facultad de ciencias de la salud; 2018.
5. María Teresa Varela Arévalo. Prácticas parentales para promover hábitos saludables de alimentación de alimentación en la primera infancia en Cali, Colombia. *Revista Española de nutrición humana y dietética*. 2018; 22(3).
6. Edurne Maiz. La importancia de involucrar a niños y niñas en la preparación de las comidas. *Nutrición Hospitalaria*. 2018; 35(4).

Capítulo 13

PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA ESTANDARIZADO EN EL ADULTO MAYOR CON FRACTURA DE CADERA

JESICA FRAILE CUESTA

1 Introducción

Un plan de cuidados estandarizado (PCE) es protocolizar las actuaciones de enfermería ante las necesidades de cuidados que presentan pacientes con un mismo diagnóstico médico, que una vez implantados permiten consolidar la evaluación como eje de mejora de las intervenciones.

Este contexto pone de manifiesto la utilidad de los PCE ya que a medida que las necesidades y los problemas de los pacientes son más complejos, estos planes se convierten en un instrumento de referencia, en la memoria colectiva del equipo de enfermería, en un elemento necesario para asegurar la coherencia y la continuidad de los cuidados, así como la individualización cuando fuese necesario.

Para llevar a cabo un plan de cuidados es fundamental "La valoración geriátrica integral" definida como un proceso diagnóstico multidimensional e interdisciplinario, diseñado para identificar y cuantificar los problemas físicos, funcionales, psíquicos y sociales que pueda presentar el anciano.

El objetivo de la valoración es diseñar un plan de actuación preventiva, terapéutica o rehabilitadora, con el fin de lograr el mayor grado de independencia o la mejor calidad de vida del anciano (Domínguez & García, 2014).

La enfermería tiene un papel clave en dicha valoración, la aplicación de varias escalas para determinar los problemas del anciano es esencial en el cuidado de estos pacientes complejos.

Además, las enfermeras tienen oportunidades para pasar más tiempo comunicándose con el paciente y sus familiares y así poder realizar un PAE que cubra las necesidades. Para realizar esta valoración, tomaremos como marco de referencia los dominios funcionales por ser una herramienta compatible con la totalidad de los diagnósticos NANDA.

2 Objetivos

Exponer el plan de cuidados de enfermería estandarizado en el adulto mayor con fractura de cadera.

3 Metodología

Para el desarrollo del presente PCE, se realizó una revisión bibliográfica de la literatura y de diferentes protocolos, así como artículos en los que se abordase la temática de interés propuesta.

Estos documentos se recuperaron de las principales bases de datos: Cinhal vía ESCBO Host, Chrocrane, Clinical Key, PubMed, Scielo, Elsevier, también se realizaron búsquedas manuales en el buscador de Google Academic.

4 Resultados

El plan de cuidados estandarizado se basa en el control de diferentes dominios:

- Dominio promoción de la salud:

En lo que se refiere a la recuperación postfractura, se ha demostrado que la recuperación dependerá del estado de salud previo al momento de la fractura, la funcionalidad reducida en la prefractura predice una recuperación deficiente (Beaupre et al., 2013). En el artículo de Eastwood et al, donde estudian a 571 sujetos, el 10 % era dependiente de la marcha dentro de los 6 meses de la fractura. Por el contrario, de los que necesitaron ayuda con la marcha antes de la fractura de cadera, el 31 % seguían dependiendo para la marcha a los 6 meses de la fractura (Eastwood, Magaziner, Wang, Silberzweig, Hannan & Strauss, 2002).

- Dominio nutricional:

En cuanto a la nutrición, es importante señalar que hay estudios que constatan que la malnutrición es un factor de riesgo para la consolidación ósea, para la regeneración y cicatrización de la herida (Riemen & Hutchison, 2016), por lo que las personas mayores en esta situación elevan su riesgo de presentar un mayor

número de complicaciones postfractura. Las circunstancias de los pacientes recién intervenidos aconsejan prestar especial atención a su estado nutricional.

- Dominio eliminación:

Después de la cirugía pueden aparecer trastornos de eliminación relacionados con el efecto de anestésicos, la inmovilidad, la escasa ingestión de líquidos.

Es importante lograr restablecer la micción de forma adecuada y cómoda para el paciente, evitando la formación de globo vesical, ya que en los primeros días el paciente suele estar sondado.

Una complicación importante que puede darse debido al reposo prolongado y al tipo de cirugía es la motilidad intestinal por lo que es muy recomendable valorarla con frecuencia.

- Dominio actividad reposo:

El enfoque de un equipo multidisciplinar y el hecho de una evaluación simple y formal de caídas, reducen la morbilidad y la mortalidad en pacientes con fractura de cadera.

En el postoperatorio inmediato, los pacientes suelen tener escasa movilidad, por lo que requieren ayuda en los autocuidados.

Por otra parte la inmovilidad puede conllevar riesgo de una frecuencia mayor, especialmente en varones, de algunas de las complicaciones como neumonía, tromboembolismo pulmonar o úlcera por decúbito (López et al., 2015; Negrete, et al., 2014).

- Dominio percepción/cognición:

El adulto mayor tiene tendencia a desorientarse cuando se le altera su rutina diaria, aumentando el riesgo de sufrir acontecimientos adversos como El Síndrome Confusional Agudo (SCA) o Delirio, con resultados adversos graves en los pacientes hospitalizados por lo que es necesario ayudarles en la adaptación al nuevo ambiente.

- Dominio autopercepción:

Se debe evaluar la imagen que tiene el individuo de sí mismo puesto que el comportamiento, en gran medida, viene determinado por ésta.

Es necesario saber cómo asume los cambios que se han ido produciendo en su cuerpo, valorar el nivel de ansiedad y si tiene sentimientos de desesperanza para determinar su autoconcepto que determinara en gran medida su comportamiento.

- Dominio afrontamiento/tolerancia al estrés:

Lo que más afecta al estado emocional de estos pacientes, en la mayoría de los casos está relacionado con la nueva situación de dependencia, no ser capaz de adaptarse a ella y la incapacidad para realizar ciertas actividades de la vida diaria que antes si podían hacer genera sentimientos de rabia, desesperanza y tristeza (De la Chica Aragón & Robles Ruíz, 2015). Debemos prestar especial atención a cualquiera de estos síntomas ya que el estado de ánimo es fundamental en la recuperación del paciente.

- Dominio seguridad/protección:

El riesgo de infección postoperatoria continúa siendo elevado, aunque las mejoras en las técnicas quirúrgicas, el uso de antibióticos de amplio espectro y su uso profiláctico han contribuido positivamente. Éste tipo de infección está estrechamente relacionada con la estancia prolongada en el hospital que incrementa la exposición a gérmenes nosocomiales del paciente (Álvarez López et al., 2015).

La tríada clásica para el diagnóstico de infección: fiebre, inflamación, hipersensibilidad o dolor (Russell, 1992).

- Dominio confort:

El aspecto que más incomodidad genera es el dolor, es fundamental un buen control y manejo del dolor en la fractura de cadera porque alargado en el tiempo puede causar: Delirio, dificultad para dormir o depresión.

El dolor mal controlado puede interferir en el tratamiento, ralentizar la rehabilitación y como consecuencia directa su recuperación (De la Chica Aragón & Robles Ruíz, 2015). Es importante valorar frecuentemente la intensidad y el tipo de dolor ya que puede ir variando durante las diferentes etapas del tratamiento y hacer entender al paciente que es necesario comunicar cualquier circunstancia que sientan por ínfima que pueda parecerles.

5 Discusión-Conclusión

La profesión de enfermería y las enfermer@s como personas que la ejercen, componen una parte muy importante en el sistema sanitario, su contribución es decisiva en el equipo de salud.

Es sabido que la credibilidad de una profesión se basa principalmente en los servicios que da al consumidor; por tanto, cada profesional deberá identificar el tipo de servicios y calidad de los mismos, instaurando así el camino a seguir.

La prestación de dichos servicios por parte de las enfermer@s son cuidados basados en una visión global del individuo, sus necesidades y respuestas humanas,

siendo el centro de atención en la práctica clínica, por tanto, para prestar cuidados de enfermería de calidad se precisan conocimientos y habilidades que requieren una preparación de los profesionales que lo van a llevar a cabo.

Unas intervenciones enfermeras adecuadas, pueden ser un componente clave en la recuperación de un paciente intervenido de prótesis de cadera, el presente PCE de Enfermería para artroplastia de cadera, cumple con los objetivos expuestos convirtiéndose en una herramienta muy eficaz en la planificación de la atención al paciente, el desarrollo de dicha atención y una posterior evaluación de los objetivos propuestos. El logro de dichos objetivos implicaría una mejor y más rápida recuperación del paciente.

Dar al paciente una serie de recomendaciones y cuidados al alta hospitalaria favorecen el autocuidado del paciente en su domicilio, impulsando la independencia y la autonomía del paciente y su familia, además ayudan a disminuir la ansiedad que se pueda generar en el paciente.

De igual manera, podemos comprobar como a través de la educación sanitaria, el paciente, hace frente con mayor seguridad y satisfacción la continuidad de cuidados en su domicilio, creándose un vínculo de confianza entre paciente-profesionales de enfermería.

6 Bibliografía

1. Beaupre, L., Binder, E., Cameron, I., Jones, A., Orwig, D., Sherrington, C., & Magaziner, J. (2013). Maximising functional recovery following hip fracture in frail seniors. *Best Pract Res Clin Rheumatol*, 27(6), 771–788. doi:10.1016/j.berh.2014.01.001.
2. De la Chica Aragón, M.T. & Robles Ruíz, M.T. (2015). Percepciones y experiencias de personas que han sufrido fractura de cadera. *Revista Enfermería Docente*, (104), 23- 28. ISSN 2386-8678.
3. Domínguez, A., & García, J. (2014). Valoración geriátrica integral. *Atención Familiar*, 21(1), 20-23.
4. Eastwood, E., Magaziner, J., Wang, J., Silberzweig, S., Hannan, E., & Strauss, E. (2002). Patients with hip fracture: subgroups and their outcomes. *J Am Geriatr Soc*, 50(7), 1240–1249.
5. Leyton, C., Devetak, A., & Paul, I. (2018). Riesgo de fractura osteoporótica y factores de riesgo asociados en mujeres postmenopáusicas en atención primaria de salud. *Rev. Costarricense de Salud Pública*, 27(1).
6. López-Hurtado, F., Miñarro del Moral, R., Arroyo, V., & Rodríguez-Borrego, M. (2015). Complicaciones presentadas en pacientes mayores de 65 años ingresados

- por fractura de cadera en un hospital andaluz de tercer nivel. *Enferm glob*, 14(40).
7. Nanda Internacional. (2015). *Diagnosticos enfermeros. Definiciones y clasificacion 2015- 2017*. Barcelona: Elsevier.
 8. Nanda International. (2017). *Nursing Diagnoses: Definitions & Classification 2018-2020*.
 9. Negrete-Corona, J., Alvarado-Soriano, J., & Reyes-Santiago, L. (2014). Fractura de cadera como factor de riesgo en la mortalidad en pacientes mayores de 65 años. Estudio de casos y controles. *Acta ortop mex*, 28(6).
 10. OMS. (2015). *Informe mundial sobre el envejecimiento y la salud*. Estados Unidos: Organización Mundial de la Salud.
 11. Riemen, A., & Hutchison, J. (2016). The multidisciplinary management of hip fractures in older patients. *Orthopaedics and trauma*, 30(2).
 12. Rael Ruiz S, López Pérez MV. (2016). Factores de riesgo que contribuyen a la infección del sitio quirúrgico. *Metas Enfermería*, 14-20.
 13. Urcola. (2012). *Plan de cuidados en la fractura de cadera*. Zaragoza. Obtenido de <https://zaguan.unizar.es/record/7293/files/TAZ-TFG-2012-127.pdf>.

Capítulo 14

ABORDAJE DE LA DISFAGIA OROFARÍNGEA EN EL ADULTO MAYOR

VANESA FRIERA DE LA RUBIA

1 Introducción

El envejecimiento de la población es un hecho de gran trascendencia social y con importante repercusión en la organización de los servicios sanitarios. Dos de las actuaciones de mayor impacto para conseguir un envejecimiento libre de incapacidad es el ejercicio físico y la alimentación.

La evidencia científica ha demostrado que para mejorar la salud, la autonomía y la calidad de vida de la población anciana es esencial mantener una nutrición adecuada.

La disfagia orofaríngea sigue siendo un síntoma ignorado, lo que tiene perjudiciales en la atención de los pacientes que la padecen. Sus consecuencias no prevenidas ni tratadas con el consiguiente aumento de la morbilidad, empeoramiento de la calidad de vida del paciente y de sus cuidadores y la carga económica que supone para el sistema sanitario.

Solo desde la conciliación y la sensibilización de los profesionales sanitarios y no sanitarios, los gestores, delegados políticos y por supuesto la población en general, podemos optimizar el cuidado y la atención sanitaria de los pacientes.

La disfagia se trata de un trastorno de la motilidad orofaríngea que afecta a la propulsión del bolo, a la reconfiguración orofaríngea durante la deglución o a la apertura del esfínter esofágico superior. Sus causas pueden ser de orden estructural y funcional y derivan en que se alcancen cifras de prevalencia entre el 32-82

% de pacientes con enfermedades neurológicas, el 80 % de los pacientes que han recibido quimioterapia o radioterapia en cabeza y cuello y entre el 40 y el 25 % de los ancianos ingresados en hospitales.

2 Objetivos

Objetivo principal:

- Educar al cuidador y/o pacientes con disfagia.

Objetivos secundarios:

- Identificar al paciente con trastorno de disfagia y determinar el abordaje clínico de la intervención por parte del personal de enfermería.
- Colocar al paciente en posición erguida, en alineación con el cuerpo, 90 grados de flexión de cadera y de rodilla, cabeza ligeramente flexionada y barbilla hacia abajo.

3 Metodología

En la elaboración de este capítulo de libro se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y se ha consultado artículos en las más importantes bases de datos: Pubmed, Medline, Google scholar.

Se ha utilizado las siguientes palabras claves: disfagia, cuidados y enfermería.

4 Resultados

La mayoría de las enfermedades que conducen a la disfagia orofaríngea son cada vez más prevalentes con la edad, sabemos que los cambios fisiológicos del envejecimiento también están relacionados con el riesgo de aparición de la disfagia. La pérdida de masa muscular y función, una reducción de la elasticidad del tejido, los cambios de la columna, la reducción de la producción de saliva y el deterioro del estado dental aumenta la susceptibilidad a la disfagia y pueden actuar como un factor desencadenante.

Se requiere de una evaluación clínica de los pacientes con trastorno de la deglución para diagnosticar y realizar un tratamiento lo antes posible. Además de hacer un seguimiento posterior a la intervención.

Llevar a cabo una valoración individual del paciente y determinar diagnósticos de enfermería. Recogidos en la NANDA podemos identificar, según el lenguaje enfermero, los siguientes diagnósticos de enfermería:

- Desequilibrio nutricional: por defecto.
- Déficit del volumen de líquido.
- Riesgo de déficit del volumen de líquido.
- Riesgo de aspiración.
- Déficit de autocuidado: alimentación.
- Deterioro de la deglución.

Posteriormente realizar una planificación, estableciendo objetivos, resultado NOC e intervenciones NIC. El equipo de personal de enfermería llevará cuidados individuales y en colaboración con el equipo multidisciplinar, así como logopedas, médicos rehabilitadores, ORL. La intervención educativa y/o formativa a cuidadores, familiares y personal sanitario de pacientes neurológicos o con trastornos de la deglución es esencial para un mejor manejo, más seguro y disminuyendo así las potenciales complicaciones.

La disfagia orofaríngea es por tanto un factor de riesgo para la aspiración del alimento. Puede comprometer la seguridad y determina que la alimentación resulte eficaz para cubrir las necesidades nutricionales del paciente.

Por todo ello, es necesario aportar medidas para que la disfagia orofaríngea sea registrada en los informes de alta y eso permite valorar la repercusión de los costes de hospitalización de cada episodio de ingreso hospitalario de forma más aceptada.

5 Discusión-Conclusión

Los pacientes con trastorno de la deglución, se trata de un problema de salud prevalente y grave, que mediante una atención de diagnóstico precoz se puede evitar posibles complicaciones. En la práctica clínica se trata de un abordaje multidisciplinar y que requiere las prácticas basadas en la evidencia y la investigación de nuevas estrategias de actuación.

Es importante que la enfermería tenga conocimiento de un plan de cuidados de actuación adecuado ante pacientes que padecen trastorno de la deglución y así solventar las necesidades que va a requerir. El uso de los planes de cuidados estandarizados, aparte de identificar los criterios en la asistencia y asegurar el bienestar/confort, seguridad del paciente, nos garantice un aumento de la calidad en los cuidados.

6 Bibliografía

1. Clave P, Arreola V, Velasco M. Evaluación y diagnóstico de la disfagia orofaríngea, guía de diagnóstico y tratamiento nutricional y rehabilitador de la disfagia orofaríngea. Barcelona. Editorial Glosa, 2015.
2. Juan Manes Xiol (2010). Comprender las enfermedades del esófago y del estómago. Arnat SL.

Capítulo 15

CAÍDAS EN EL ADULTO MAYOR

VANESA FRIERA DE LA RUBIA

1 Introducción

El 35-40 % de las personas mayores de 70 años que viven en la comunidad experimentan caídas cada año. Su incidencia se incrementa con la edad, llegando hasta el 50 % en los mayores de 80 años. La incidencia se multiplica por tres en ancianos institucionalizados y en los hospitalizados. Además, el 50 % de las personas que se caen lo hacen de forma recurrente. El 10 % de las caídas da lugar a una lesión grave: fracturas, hematoma subdural o desgarro grave. Son más frecuentes en las mujeres. Es importante reseñar que un 5 % de los ancianos que se caen necesitan ser hospitalizados, y que solo la mitad de ellos sobreviven al año de seguimiento. En consecuencia, la importancia de este síndrome en la población anciana se debe a su grave incidencia y a la gran susceptibilidad que esta tiene a presentar lesiones secundarias, debido a la comorbilidad y a los cambios asociados al envejecimiento.

La mayor susceptibilidad de los ancianos a las caídas se debe a una serie de razones, entre las que destaca la alta prevalencia de enfermedades que altera la estabilidad (accidente cerebrovascular agudo, enfermedad de Parkinson, patología del pie, osteoartritis, etc.) y factores relacionados con el propio proceso de envejecimiento: cambios en la marcha y el control postural, cambios en la agudeza visual, en la auditiva y debilidad muscular.

2 Objetivos

El objetivo principal de este trabajo es la prevención de las caídas, a toda persona mayor de 70 años se le debe interrogar sobre las caídas en el año previo y seguir

unas estrategias: Entrenamiento de la fuerza y el equilibrio, niveles adecuados de vitamina D y calcio, cirugía de cataratas, valorar y modificar los riesgos en el hogar y conocer los múltiples factores de las caídas.

3 Metodología

En la elaboración de este capítulo de libro se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y se ha consultado artículos en las más importantes bases de datos: Pubmed, Medline, Google scholar.

Se ha utilizado las siguientes palabras claves: caída, cuidados, enfermería y adulto mayor.

4 Resultados

La causa de las caídas es siempre multifactorial. El riesgo de caída se incrementa con el número de factores de riesgo y se estima que es del 8 % cuando no hay ningún factor de riesgo y alcanza el 78 % si aparecen 4 o más factores: en la causa de una caída influye la interacción completa de:

1. Factores intrínsecos del individuo:

- Cambios relacionados con el envejecimiento: Los cambios inherentes al envejecimiento predisponen a las caídas. Entre ellos, los más importantes son los relacionados con el mantenimiento del equilibrio y la capacidad de respuesta refleja, rápida y efectiva ante su pérdida.
- Debilidad muscular.
- Alteración de la marcha: son muy frecuentes y pueden deberse a múltiples factores, muchas veces implicados como deficiencias sensoriales, parkinsonismo, enfermedades cerebrovasculares, arritmias, hipotensión ortostática, enfermedades asociadas a debilidad muscular y síndromes depresivos y/o de ansiedad. Son considerados los factores más determinantes del riesgo de caída.
- Enfermedad aguda: las caídas son uno de los “gigantes” de la geriatría, siendo una de las formas más prevalentes de manifestación atípica de las enfermedades en el adulto mayor. Por ello, cualquier enfermedad aguda puede ser causa de caída.

2. Factores extrínsecos del individuo:

- Fármacos: algunos medicamentos se han relacionado con un incremento de las caídas en ancianos, destacando los psicofármacos (benzodiazepinas, otros hipnóticos, antidepresivos o antipsicóticos) y los opioides.

- Riesgos medioambientales: entre los más relevantes cabe destacar en el domicilio suelos deslizantes y con desniveles, cables y objetos en zonas de paso, iluminación inapropiada, calzado abierto, escaleras irregulares o sin barandilla, altura de asientos demasiado baja y sin reposabrazos, líquidos en el suelo, camas de altura inadecuada, lavabos y retretes bajos y sin asideras. En la calles aceras altas, estrechas y con desniveles, pavimentos defectuosos, semáforos de corta duración. En el transporte, accesos no adaptados, tiempo escaso para entrar o salir, movimientos bruscos.

3. Factores circunstanciales relacionados con la actividad que se está ejecutando en ese momento.

En el anciano independiente, los factores medioambientales son los principales y los intrínsecos son los más importantes en el anciano frágil.

Los cambios inherentes al envejecimiento predisponen a las caídas. Entre ellos, los más importantes son los relacionados con el mantenimiento del equilibrio y la capacidad de respuesta refleja, rápida y efectiva ante su pérdida.

5 Discusión-Conclusión

En la prevención de lesiones asociadas son efectivos: el entrenamiento de la fuerza y el equilibrio de la mejor y más consistente evidencia, los suplementos de vitamina D y calcio, uso de protectores de cadera en la prevención específica de fractura de cadera.

Los protectores de caderas y los suplementos de vitamina D y calcio son más efectivos en los ancianos institucionalizados.

Se requieren estudios en determinados subgrupos, como en hombres frágiles, en los que tiene deterioro cognitivo y en el accidente cerebrovascular agudo con incapacidad residual. Los estudios deben ser lo suficientemente grandes para tener potencia en ver el efecto, no solo en caídas, sino también en lesiones secundarias a caídas.

6 Bibliografía

1. Tinetti ME. Preventing falls in elderly persons., N Engl J Med 2003.
2. Ahmad RA, Watson RDS. Treatment of postural hypotension. A review. Drugs.
3. Mader SL. Aging and postural hypotension. J Am Geriatric Soc.

Capítulo 16

MANEJO DE LA DISPAREUNIA EN EL POSTPARTO

MAEBA RIVAS MUÑOZ

MARÍA HERNÁNDEZ SÁNCHEZ

MARÍA JOSEFA MOLINA CIUDAD REAL

LOURDES SERRANO RABANAL

ANA BELÉN SÁNCHEZ PASTOR

1 Introducción

La dispareunia se define como dolor recurrente o persistente asociado al acto de penetración vaginal o intento del mismo. Se trata de una de las disfunciones del suelo pélvico en la mujer y una de las principales complicaciones tras el parto. También podemos hallar otras patologías asociadas, como la incontinencia fecal o urinaria, que pueden ser secuenciales o simultáneas. En el Congreso SEGO de 2013, señalaron que la dispareunia postparto, presentaba una prevalencia de un 45 %, tratándose de la disfunción sexual más común.

Entre los factores de riesgo que podemos incluir, caben señalar, la edad, el origen étnico, los antecedentes familiares, la genética, el aumento de peso durante el embarazo, el índice de masa corporal (IMC) a término, el IMC antes del embarazo o el peso al nacer. Los más influyentes fueron los factores relacionados con el momento del parto, su duración, la anestesia epidural, así como los traumatismos

durante el parto (episiotomía y/o desgarro) y su finalización (parto natural, parto instrumental o cesárea).

La episiotomía durante el parto vaginal se realizaba como medida preventiva y sistémica para evitar el desgarro y facilitar el parto. Las investigaciones sugieren que una episiotomía debe realizarse de forma selectiva, dado que las mujeres que no se sometieron a una episiotomía se recuperaron más rápidamente. Según la Organización Mundial de la Salud, la episiotomía no debería presentar tasas superiores a un 20 % o 30 %.

El período posparto puede presentar dificultades en relación con la sexualidad, donde se requiere de modificaciones y comprensión por ambas partes. Esta fase puede ser tanto beneficiosa como perjudicial para la pareja si no se sabe abordar el tema correctamente. Sin embargo, muchas veces las parejas intentan seguir teniendo relaciones sexuales como no sucediera nada, obviando los cambios que se están produciendo.

Es importante recordar que cada pareja llevará diferentes ritmos según el momento, las condiciones y la forma en que retomen su vida sexual.

En ocasiones, la actividad sexual se reanuda después de un período de abstinencia durante el embarazo porque el hombre está preocupado por el daño que pudiera producir en el feto o por recomendación médica.

También se requiere de otro período de abstinencia durante el período postparto (generalmente hasta que se resuelva la episiotomía o desgarro ocasionado en el parto) para asegurar una recuperación adecuada y prevención de infecciones.

Después de este tiempo, la mayoría de los hombres y algunas mujeres desean retomar las relaciones sexuales de una manera rápida, por el contrario, también encontramos muchas mujeres que prefieren retrasar la actividad sexual.

2 Objetivos

El objetivo de la revisión bibliográfica es averiguar cómo se puede prevenir y tratar la dispareunia, así como detectar los factores que favorecen a su aparición en el período postparto.

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

Existen numerosos cambios que se producen en el puerperio, cambios a nivel físico como la involución uterina, los loquios, la regeneración del endometrio, el inicio de la lactancia materna, la pérdida de peso durante el parto, la recuperación del cuello uterino y de la vagina, cambios en los aparatos urinario, digestivo y a niveles endocrinos. Por otro lado, cambios psicoemocionales, donde pueden aparecer situaciones de tristeza en el puerperio, inseguridades y varios pensamientos que pueden generar ansiedad y malestar.

Y por último, cambios sociales, que implican buscar la conciliación con la vida laboral, mantener la atención tanto al bebé como a la pareja y aparecen nuevas responsabilidades y obligaciones desconocidas previamente a la llegada del nuevo recién nacido, siendo muy necesario el reparto de tareas de manera equitativa, tanto a nivel de cuidados, social y doméstico.

El puerperio es una fase de cambios donde la mayoría de ellos no contribuyen a recuperar la actividad sexual: la prolactina elevada debido a la lactancia materna, afecta negativamente al deseo sexual femenino, la cesárea y su recuperación, sobrepeso en el embarazo, sequedad vaginal y los cambios emocionales por la ansiedad ocasionada con el cuidado del bebé, influyen en esta etapa.

Los factores que dificultan a la hora de disfrutar de las relaciones sexuales son muy diversos. Incluso las parejas que se sometieron a procedimientos de fertilidad, a menudo sufren de tal disfunción sexual, por haberse encontrado sometidas a coitos programados para lograr los objetivos reproductivos.

Experimentar la dispareunia como una experiencia reiterada, puede causar estrés y ansiedad, afectando negativamente sobre las percepciones en las relaciones sexuales, provocando el rechazo de la pareja e inhibir el deseo sexual. Por ello, resulta fundamental una evaluación cuidadosa de las mujeres con esta afección porque la causa subyacente puede ser física o psicológica.

El diagnóstico se realizará basándonos en el examen físico realizado y se debe preparar una entrevista clínica completa sobre los antecedentes personales, cómo fue el transcurso del embarazo, el parto y el puerperio, el estado emocional y psicológico y finalmente, las circunstancias familiares y sociales.

Respecto a los factores de riesgo para su aparición, según la evidencia científica, muestra como lesivos el tipo de sutura, el empleo sistemático de la episiotomía, las mujeres primíparas, los partos instrumentales, así como los fetos

macrosómico.

Para prevenir su aparición postparto, nuestro objetivo como sanitarios, será llevar a cabo medidas que minimicen el riesgo de traumatismo perineal.

Comenzando por realizar una educación y preparación maternal para el parto, enseñándole a la madre y a su pareja cómo masajear el perineo e inducir el parto. Animar en el periodo de dilatación a presentar posiciones verticales y si precisara de analgesia epidural, la posición en decúbito lateral. Si nos encontramos antes un parto eutócico, deberemos emplear técnicas de protección del periné, aplicando compresas tibias y evitando las episiotomías de rutina. Únicamente realizarlo si se encontrara en riesgo la salud de la madre o del feto y en caso de precisar episiotomía o producirse un desgarro, está demostrado que presenta mejores resultados en la cicatrización, el empleo de sutura continua.

5 Discusión-Conclusión

La dispareunia tras el parto es un problema al que se enfrentan muchas mujeres y, a menudo, se subestima en el asesoramiento sobre el tema, por lo que la educación maternal y la preparación adecuada para el trabajo de parto son fundamentales, así como la aplicación de técnicas con evidencia científica, como favorecer la sutura continua en caso de precisarlo, pudiendo mejorar una pronta recuperación en la mujer. También existen muchos tratamientos que se pueden recomendar para mejorar las relaciones sexuales en el posparto.

Es importante limitar el traumatismo perineal durante el parto para mejorar la recuperación y favorecer la reanudación en las relaciones sexuales y de este modo, disminuir la dispareunia. Debe evitarse la episiotomía de manera sistemática. No se recomienda la cesárea para preservar la función sexual, ya que muchos estudios han demostrado que las mujeres también pueden experimentar dispareunia después de la cesárea, aunque con menos frecuencia que en otros tipos de partos. Se debe prestar una atención integral a la mujer, puesto que en ocasiones el origen no es solo orgánico, sino también puede ser de naturaleza psicológica y social que rodea a la pareja.

6 Bibliografía

1. Lurie S, Aizenberg M, Sulema V, Boaz M, Kovo M, Golan A, et al. Sexual function after childbirth by the mode of delivery: a prospective study. *Archives of Gynecology and Obstetrics*. 2013;288(4):785-92.

2. Dabiri F, Yabandeh AP, Shahi A, Kamjoo A, Teshnizi SH. The effect of mode of delivery on postpartum sexual functioning in primiparous women. *Oman Med J*. 2014;29(4):276-9.
3. 23. Islam A, Hanif A, Ehsan A, Arif S, Niazi SK, Niazi AK. Morbidity from episiotomy. *Journal of the Pakistan Medical Association*. 2013;63(6):696-701.
4. McDonald EA, Gartland D, Small R, Brown SJ. Frequency, severity and persistence of postnatal dyspareunia to 18 months post partum: A cohort study. *Midwifery*. 2016;34:15-20.

Capítulo 17

REALIZACIÓN DE LA ESPIROMETRÍA EN ATENCIÓN PRIMARIA. ACTUACIÓN DE ENFERMERÍA

ISABEL MARÍA OSSORIO SIMARRO

AMPARO GOMEZ CODINA

VERONICA MARTINEZ FRESNEDA

CARMEN DIAZ TOBARUELA

DAVID GÓMEZ GUALDA

1 Introducción

La fisiología respiratoria se enfoca en el proceso de respiración, tanto externa (captación de oxígeno y eliminación de dióxido de carbono) como interna (intercambio de gases a nivel celular).

El sistema respiratorio está dividido en dos zonas; zona de conducción (nariz, nasofaringe, laringe, tráquea, bronquios y bronquiolos) y zona respiratoria (alveolos) donde se produce el intercambio gaseoso.

La espirometría es una de las principales pruebas para la valoración de la función respiratoria. Es utilizada para el diagnóstico y seguimiento de patologías pulmonares; como el asma, la enfermedad obstructiva crónica (EPOC) y otras enfermedades que afectan a la respiración.

Dicha prueba consiste en un estudio rápido e indoloro en el cual se usa un dispositivo manual denominado espirómetro; con el cual se miden los flujos y volúmenes respiratorios. El conjunto de los registros de la prueba se denomina espirograma. Una de las múltiples tareas de la Enfermería es la de realizar la Espirometría. Realizar la prueba correctamente es fundamental. Es difícil la correcta realización y requiere de gran colaboración por parte del paciente.

La espirometría es una prestación eficiente, con gran aceptación por los usuarios y que incrementa la capacidad resolutoria de la Atención Primaria.

La realización de la espirometría en Atención Primaria proporciona al paciente un servicio más rápido, de fácil acceso y minimiza los desplazamientos.

2 Objetivos

- Describir la intervención de la enfermera en la realización de la espirometría.
- Proporcionar conocimientos teóricos sobre la técnica de la espirometría y sobre los valores de flujos y volúmenes que se obtienen con la prueba.

3 Metodología

Se ha realizado un proceso de búsqueda bibliográfica en diferentes medios digitales y bases científicas, seleccionando las fuentes adecuadas para la realización del artículo.

Se realizó la búsqueda en revisiones, artículos, estudios y congresos.

Usados también el buscador Google Scholar, PubMed palabras clave.

4 Resultados

Realización de la espirometría:

1. Calibración previa del espirómetro (no es necesario en espirómetros de corrección automática).
2. Asegurarse de que no hay ninguna contraindicación (neumotórax, cirugía ocular, ORL o cerebral reciente; enfermedad cardiovascular inestable, o aneurisma).
3. Verificar si ha tomado o no medicación broncodilatadora (según indicaciones previas) y si ha fumado en la última hora, registrando todos los datos.
4. Observar que no lleve ninguna prenda de ropa que le oprima. Debe de llevar ropa cómoda.

5. Preguntar si lleva prótesis dental. Si la lleva hay que asegurarse que encaja bien, en caso contrario habrá que retirarla.
6. Pesar y medir al paciente y anotar todos los datos.
7. Explicar de manera clara al paciente la técnica brevemente antes de comenzar, indicando que se le volverán a repetir las instrucciones.
8. El paciente se sentará en una silla recta, con la espalda apoyada en el respaldo y los pies bien apoyados en el suelo sin cruzar.
9. Pondremos una pinza en la nariz. Posteriormente, colocaremos la boquilla del espirómetro en la boca del paciente explicando que sujete con los dientes. Los labios deben permanecer bien sellados. Asegurando que la lengua no bloquee el orificio.
10. La enfermera cuando todo esté listo dará las siguientes indicaciones al paciente:
 - Realice una inspiración normal.
 - Después, exhale suavemente hasta vaciar completamente sus pulmones.
 - Haga profundamente una gran inspiración, llene sus pulmones todo lo que pueda.
 - Cuando se le indique SOPLE, sople fuerte y rápido, con todas sus fuerzas y siga haciéndolo hasta vaciar todo el aire y hasta que se le indique que pare. Aunque se sienta vacío, siga exhalando.
 - Cuando se le indique que pare se sacará la boquilla y descansará.
 - Todos estos pasos se repetirán un mínimo tres veces, pudiendo ser más si es necesario.

Variables principales de la espirometría y sus valores:

- Capacidad Vital Forzada (FVC): volumen máximo de aire exhalado durante una espiración máxima que sigue a una inspiración máxima. Se registra en litros.
- Volumen espiratorio forzado en el primer segundo (FEV1): volumen máximo de aire exhalado en el primer segundo de la FVC. Se registra en litros.

Escala de Severidad de Capacidad Vital Forzada (FVC):

- >80 % normal.
- 65-80 % leve.
- 50-65 % moderado.
- 35-50 % severo.
- < 35 % muy severo.

5 Discusión-Conclusión

La espirometría se puede y se debe realizar en Atención Primaria. Es una prueba muy accesible, fácil de usar e interpretar y de gran rendimiento clínico. Por ello la importancia de que todos los profesionales de Enfermería de Atención Primaria actualicen conocimientos sobre una correcta realización de la espirometría y sobre una correcta interpretación de los valores y resultados de la prueba.

Que aumente su utilización en los centros de Atención Primaria es de gran importancia para garantizar una atención de calidad a pacientes con enfermedades de alta prevalencia como EPOC o asma.

El conocimiento de la técnica para la correcta realización de la espirometría por parte de la Enfermería es esencial, ya que es quien llevará a cabo la prueba y orientará, instruirá e indicará en todo momento al paciente.

6 Bibliografía

1. Medicina Preventiva. La espirometría. Marcano Pasquier, Dr Rigoberto J. Última actualización 2015.
2. Guía práctica de la espirometría. ESMOpharma. Barcelona 2008.
3. Espirometría forzada en AEP. Carvajal Ureña I, Blanco González JE. Exlibris ediciones. Madrid, 2005.
4. Mejora de calidad del proceso asistencial mediante una actividad de formación continuada a propósito de la espirometría. Lagos, M. B., Fernández, J.M., Rivas, J.P., Delgado, F.M. Enfermería Clínica (2004).
5. Requerimientos técnicos de los espirómetros en la estrategia para garantizar el acceso a una espirometría de calidad. Salas, T., Rubies, C., Gallego, Muñoz, P. Archivos de bronconeumología (2011).
6. Las 4 reglas de la espirometría. Grupo de trabajo de Enfermedades Respiratorias da Agamfec. Asociación de Medicina Familiar y Comunitaria. 2007.
7. La espirometría en la práctica de atención primaria. La importancia del aseguramiento de la calidad y el impacto de los talleres de la espirometría. Eaton, T., Withy S. Cofre (1999).
8. Normativa sobre la espirometría. Normativa SEPAR. 2013.
9. Guía de procedimiento para la espirometría en Atención Primaria. GdT de Enfermedades Respiratorias de la semFYC. 2016.

Capítulo 18

ABORDAJE DE LA INCONTINENCIA URINARIA EN EL ANCIANO

VANESA FRIERA DE LA RUBIA

1 Introducción

La incontinencia urinaria es un problema muy heterogéneo que afecta a una población muy variada de personas con diferente intensidad e impacto sobre su salud física y bienestar psicosocial. Siempre es el síntoma de una enfermedad de base que hay que identificar y en ningún caso, una consecuencia normal del envejecimiento. Su valoración y tratamiento son muy eficaces y sencillos, con porcentajes de curación o mejoría superiores al 75% de los casos. Cuando no es posible la curación, puede abordarse de forma que aumente el bienestar del paciente, facilite la labor de los cuidadores y minimice los costes y complicaciones. Para conseguir estos resultados es fundamental un diagnóstico exacto, un tratamiento correcto y un enfoque amable y voluntarioso. Un factor que determina el pronóstico es la motivación y actitud del paciente, sus cuidadores y, muy especialmente, de los propios profesionales. El fatalismo y la aceptación que con demasiada frecuencia acompaña a la incontinencia urinaria son importantes barreras.

Considerado como uno de los grandes síndromes geriátricos, que debe constituir una prioridad para el equipo de enfermería, quien puede encontrar aquí un excitante y gratificante campo de trabajo. Debe recordarse que un abordaje completo de la incontinencia urinaria exige la propia preservación de la continencia, lo que con frecuencia se olvida en instituciones como hospitales y centros de cuidados continuados.

2 Objetivos

- Identificar las consecuencias y causas de la incontinencia urinaria en el adulto mayor.
- Conocer los tipos de incontinencias más prevalentes en el anciano: incontinencia urinaria, de esfuerzo, urgencia y funcional.

3 Metodología

En la elaboración de este capítulo de libro se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y se ha consultado artículos en las más importantes bases de datos: Pubmed, Medline, Google scholar.

Se ha utilizado las siguientes palabras claves: incontinencia urinaria, enfermería, adulto mayor.

4 Resultados

- Consecuencias: se han descrito importantes consecuencias sobre la salud física, psicológica y las relaciones sociales de los afectados. No obstante, para un significado número de personas no constituye más que una pequeña molestia. Los problemas médicos asociados a la incontinencia urinaria incluyen: candidiasis, celulitis y úlceras por presión, por la constante humedad e irritación de la piel, infecciones y sepsis urinarias en relación con el empleo de catéteres y la retención urinaria; caídas y fracturas al resbalar con la orina y el insomnio debido a la nicturia o al cuidado nocturno en instituciones.

La incontinencia urinaria también genera morbilidad psicológica. Así, en al menos la mitad de los casos, genera sentimientos indicativos de estrés mental y baja autoestima.

Al menos dos tercios de los sujetos con incontinencia refieren algún inconveniente social y modifican su estilo de vida, restringen actividades, limitan su actividad física, cambian el tipo de ropa o renuncian a aficiones. Los inconvenientes prácticos que más refieren son tener que estar pendientes de la ubicación de cuartos de baño, la obligación de ir al baño con frecuencia, la necesidad de cambiar frecuentemente de ropa interior.

- Causas: con frecuencia la etiología es multifactorial, consecuencia de la interrelación de múltiples procesos, todos los cuales deben identificarse para un adecuado abordaje. Un excelente ejemplo es la incontinencia urinaria en la demencia o el ictus. Si bien, en ambos casos hay una base fisiológica para la incontinencia

urinaria, la afectación de los centros corticales y subcorticales inhibitorios originada por la enfermedad de Alzheimer o lesiones vasculares que ocasionan una hiperactividad del detrusor, más importante puede ser el impacto causado por el deterioro cognitivo, los problemas de movilidad, unos cuidados inadecuados o el descondicionamiento.

La edad es un factor de riesgo para la incontinencia urinaria tanto en hombres como en mujeres, pero nunca la causa.

5 Discusión-Conclusión

Se han descrito importantes consecuencias sobre la salud física, psicológica y las relaciones sociales de los afectados. No obstante, para un significativo número de personas no constituye más que una significativa molestia.

La incontinencia urinaria también genera morbilidad psicológica: así, en al menos la mitad de los casos, genera sentimientos indicativos de estrés mental y bajo autoestima, como vergüenza, preocupación, angustia, apuro, sentirse poco o nada atractivo y soledad ante el problema.

Al menos dos tercios de los sujetos incontinentes refieren algún inconveniente social y modifican su estilo de vida, restringen actividades, limitan su actividad física, cambian de tipo de ropa o renuncian a aficiones. Los inconvenientes prácticos que mas refieren son tener que estar pendientes de la ubicación de los cuartos de baño, la obligación de ir al servicio con frecuencia.

En opinión de familiares, la incontinencia urinaria es un factor que con frecuencia condiciona el ingreso en residencias.

6 Bibliografía

1. Anger JT, Saigal CS. Pace J Rodriguez I. V. Litwin MS, The True Prevalence of Urinary Incontinence among Female Nursing Home Resident. Urology.
2. DuBeau. CF. Estrongen treatment for urinary incontinence: never, now, or in the future ? JAMA.
3. Skelly J, Flint AJ. urinary incontinence associated with dementi. J Am Geriatric Soc.

Capítulo 19

ENFERMERA FRENTE A LA ADENOIDITIS EN LA EDAD TEMPRANA

FRANCIISCO CAMACHO SÁCHEZ

CARLA EXPOSITO GONZALEZ

SILVIA NOVAS FERNANDEZ

FRANCISCO RODRIGUEZ GARCIA

JOSE MARIA MELLADO MOLINA

1 Introducción

La adenoiditis crónica quedaría descrita por el aumento o hipertrofia de las adenoides provocando una obstrucción nasal crónica. A dicha enfermedad se le asocian una serie de signos y/o síntomas tales como la respiración por boca debido a la gran congestión nasal, ronquidos durante el sueño y también habla nasal e incluso la presencia de mal aliento.

Es bastante común que los niños que padecen esta patología tengan tos, rinitis, dificultad para comer y respirar al mismo tiempo, además de alteraciones del sueño.

La frecuencia de enfermedades respiratorias con una contribución como la asistencia a guarderías y/o contacto permanente con otros niños en lugares cerrados sin la correcta desinfección incluye, tal y como nos refieren Gavidia, Pronczuk

et Sly (2009) "todo tipo de infecciones agudas virales y bacterianas bajas; otitis media; asma y enfermedades respiratorias crónicas".

Para el diagnóstico será necesario la realización de una buena exploración física, además de descartar enfermedades asociadas como la infección de oídos u otras posibilidades de diagnóstico. A las pruebas diagnósticas, se le añadirá el test de AG Covid para poder descartar dicha infección siguiendo pauta y normativas actuales debido a la pandemia del virus SARS-cov2.

En cuanto al tratamiento, la mayoría de las publicaciones han destacado la intervención quirúrgica de no ser subsanado con el tratamiento médico habitual, agravándose con una Hipertrofia adenoidea con insuficiencia respiratoria nasal mantenida, además de adenoiditis recurrente o crónica por catarros frecuentes.

2 Objetivos

El objetivo de la publicación de este caso clínico es dar a conocer las características principales de esta enfermedad, al igual que su tratamiento y educación sanitaria a la familia para el correcto manejo y afrontamiento de la patología.

3 Caso clínico

Presentamos el caso de un lactante de 6 meses que acude a Urgencias Pediátricas a las 19 h por presentar fiebre con rangos de hasta 38.8 °/39.2 °C de temperatura, que tarda en remitir a pesar de su correcta dosis de apiretal (0.15 ml/kg), inquietud, somnolencia e irritabilidad, que se asocia además a tos continua, mucosidad que no mejora desde hace un par de meses y cuadro de gastroenteritis con deposiciones líquidas y mal olientes. La madre además nos asegura, que ha empeorado la clínica del bebé desde que lo lleva a la guardería desde hace 10-15 días.

Durante la exploración al bebé nos encontramos con que:

- Presenta buen estado general, al igual que una correcta hidratación y nutrición a pesar de la gastroenteritis. La madre nos informa que continuamente le ofrece agua para evitar que se deshidrate.
- No se observan signos de petequias, los pulsos periféricos están presentes y son simétricos. En todo momento está vigilado y activo, aún no pudiendo descansar en las noches. La madre recalca que al tumbarse la tos le impide el descanso.
- Si habría que hacer mención a la presencia de rinorrea, congestión nasal abundante y contenido en orofaringe de moco verdoso abundante.
- Presenta buena ventilación, no signos de distrés respiratorio, no tiene estertores y tonos rítmicos sin soplos.

- FR: 47/minuto.
- FC: 140/min.
- Otoscopia: sin hallazgos patológicos.
- Abdomen: blando, no doloroso, sin masas ni visceromegalias.
- Sistema nervioso: normal, no signos meníngeos (kerning) ni focalidad neurológica.

Una vez concluida la exploración física del menor, aconsejamos a sus padres que, en el momento del sueño, levanten un poco el cabezal de la cuna, evitando así que los mocos le provoquen tos y conseguir por tanto un mayor descanso; continuas medidas de temperatura, empleándose las medidas físicas oportunas.

4 Discusión-Conclusión

La adenoiditis consiste en una inflamación de amígdalas o adenoides cuyo origen reside en la infección por estreptococo tipo A muy contagiosa. Normalmente, adquiere protagonismo en los periodos estacionales del otoño-invierno.

Se aconseja a los padres control de temperatura. Si la fiebre aumenta o persiste, se les informa de que habrá que recurrir al ingreso, al igual que si no cesa la diarrea. Le hacemos bastante hincapié sobre la correcta hidratación y medidas físicas para la fiebre y no tapar o abrigar demasiado; para asegurar un mayor tiempo de descanso, aconsejamos la elevación en altura del tronco superior o cabeza sobre el resto del cuerpo, disminuyendo seguramente la tos y posibilidad de respirar mejor.

Finalmente, dicho caso se resolvió en domicilio acompañado de antitérmico.

5 Bibliografía

1. Brodsky, L., Sih, T., Chinski, A., Eavey, R., & Godinho, R. (2011). El tejido linfóide del anillo de Waldeyer: Amígdalas palatinas, nasofaríngeas y linguales. IX Manual of Pediatric Otorhinolaryngology. São Paulo: Editora e Gráfica Vida & Conciencia.
2. Karpova, E. P., Karpycheva, I. E., & Tulupov, D. A. (2015). Vestnik otorinolaringologii, 80(6), 43–45. <https://doi.org/10.17116/otorino201580643-45>.
3. Marzo Matos, Ramón, & Rodríguez, Ana Isis. (2010). Tratamiento de la adenomigdalitis crónica en el niño. Revista Cubana de Pediatría, 82(3), 38-48. Recuperado en 19 de abril de 2021, de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S003475312010000300005&lng=es&tlng=es.

Capítulo 20

ENFERMERIA: INTOXICACIONES EN PEDIATRÍA

FRANCIISCO CAMACHO SÁCHEZ

CARLA EXPOSITO GONZALEZ

SILVIA NOVAS FERNANDEZ

FRANCISCO RODRIGUEZ GARCIA

JOSE MARIA MELLADO MOLINA

1 Introducción

Las intoxicaciones del niño son frecuentes debido al aumento de la utilización cada vez mayor de medicamentos. Además, por el empleo de sustancias químicas más perfeccionadas y más tóxicas en el terreno de la limpieza doméstica, los insecticidas, los cosméticos, etc. La exposición a un tóxico o veneno no siempre causa efectos adversos; sin embargo, en la mayoría de las ocasiones las intoxicaciones resultantes constituyen verdaderas emergencias médicas, consideradas por algunos como «traumas múltiples de origen químico».

En la actualidad representan un 0,4-0,5 % de las patologías atendidas en las urgencias de un hospital, cifra que nada tiene que ver con los números que se barajaban hace unos años y que rondaban el doble de las actuales.

De todas formas, un servicio de urgencias pediátrico no es el único lugar donde acuden las familias ante una sospecha de intoxicación. Con mayor frecuencia, la

familia recurre al teléfono para poder contactar con su centro de salud, con el centro nacional de toxicología o con el servicio de emergencias. El 6,8 % de los niños afectados por una posible intoxicación había recibido algún tratamiento antes de llegar a urgencias. El inicio precoz de un tratamiento, fundamentalmente, se asocia con un mejor pronóstico y debiera estar protocolizado en el medio extra-hospitalario.

2 Objetivos

- Exponer la importancia de una rápida actuación ante una intoxicación pediátrica.
- Describir los pasos a seguir en el servicio de urgencias hospitalarias en caso de intoxicación pediátrica.

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

La actuación hospitalaria del niño intoxicado consta de una primera fase de medidas de soporte vital y estabilización, seguida de identificación del tóxico y medidas de desintoxicación.

1. Medidas de soporte y estabilización:

Respiratorio: vía aérea permeable, se puede usar el O₂; si fuera necesario, intubación y ventilación.

Apoyo hemodinámico: soluciones intravenosas, drogas cardio y vasoactivas.

Neurológico: control de convulsiones, temperatura, alteraciones metabólicas.

Prevención de complicaciones secundarias (ejemplo: insuficiencia renal, hepática, etc.).

2. Identificación del tóxico.

- Tóxico conocido: calcular la cantidad ingerida (tener en cuenta que un trago en un niño de 3 años equivale aproximadamente a 5 cc, a 10 cc, en 10 años y a 15 cc, en un adolescente), tiempo transcurrido, tratamiento domiciliario, primeros síntomas y contactar con el instituto nacional de toxicología.
- Tóxico desconocido. Sospecha de intoxicación: datos del paciente: inicio agudo, edad entre 1-5 años, antecedentes de pica o ingestión accidental conocida, estrés ambiental importante y afectación de varios órganos o sistemas que hacen complejo el cuadro clínico.
- Datos familiares: medicamentos consumidos en casa, enfermedades recientes y visitas a otros hogares.

3. Medidas de medidas de desintoxicación:

Interrupción de la exposición al tóxico:

Exposición respiratoria: retirar a la víctima del ambiente tóxico y administrar oxígeno.

- Exposición cutánea (contactos con insecticidas organofosforados, cáusticos o gasolina): retirar la ropa y lavar al paciente dos veces con agua y jabón, aunque haya pasado tiempo desde la exposición. Lavar con abundante agua o suero salino la boca y los ojos si ha habido contacto con ellos. Usar bata y guantes.
- Exposición parenteral (venenos animales): hielo local, adrenalina, torniquete e incisión.
- Exposición digestiva: es la vía más frecuente de intoxicación. Tras la exposición, se procederá a la descontaminación intestinal, a través de la evacuación, fijación y catarsis.
- Descontaminación intestinal: una vez iniciada la reanimación, el siguiente objetivo es limitar el agravamiento de la intoxicación. Si el producto tóxico está en estómago, es posible que estas medidas (dirigidas eliminar o impedir la absorción del tóxico) eviten el deterioro clínico y aceleren la recuperación.

Tratamiento con antidotos:

Los antidotos de uso más frecuente son:

- La atropina: fármaco clásico, seguro y de uso común. Dosis: recordar que la atropina para que actúe como antidoto debe administrarse a dosis elevadas: 0,05 a 0,1 mg/Kg/dosis, iv, cada 10 a 15 minutos hasta conseguir la atropinización del paciente.
- Azul de metileno: las intoxicaciones por monóxido de carbono Dosis: Azul de metileno al 1 %, 1-2 mg/Kg, durante 10 min, si la metahemoglobinemia es mayor del 40 % o presenta cianosis severa.
- Oxígeno al 100 %: también útil en las intoxicaciones mencionadas en el punto anterior.

- Biperideno (Akineton®): indicado en extrapiramidalismo medicamentoso (fenotiazinas, metoclopramida). Dosis: de 0,05-1 mg/Kg (máx. 5 mg) iv, directo o en Dx 5 %, o im.
- Deferoxamina: quelante usado para tratar la toxicidad del hierro. Dosis de 20 mg/Kg/dosis, iv, cada 4-6 horas. Simultáneamente, se administrarán 2,5 g, del quelante disueltos en 20 ml, de solución salina, por la vía bucal o a través de sonda nasogástrica, con objeto de quelar el hierro remanente y prevenir su absorción.
- Dimercaprol (BAL): es un quelante de las intoxicaciones por plomo, arsénico, oro, níquel, mercurio y bismuto.
- Bicarbonato de sodio. En la actualidad se le considera como antídoto verdadero en la intoxicación por antidepresivos tricíclicos. Dosis: de 1 a 2 mEq/kg/dosis, iv, cada 4-6/horas.
- D-Penicilamina: indicado en las intoxicaciones por metales pesados como el plomo, zinc, cobre y otros (mercurio, arsénico, selenio. Dosis: 20 mg/Kg/día (máx. 1-2 g) en 4 dosis vo.
- EDTA cálcico disódico: quelante de metales muy eficaz, que se utiliza principalmente en la intoxicación aguda y crónica por plomo, incluso de otros metales como el zinc.
- Fisostigmina: se usa en el caso de intoxicaciones por anticolinérgicos, que presentan arritmias supraventriculares con repercusión hemodinámica, delirio anticolinérgico o convulsiones que no ceden pese a tratamiento con benzodiazepinas.
- Fragmentos fab antidigoxina (anticuerpos específicos de los glucósidos cardíacos): se utilizan en el caso de que la ingesta de digoxina sea elevada, los niveles plasmáticos sean mayores de 5 ng/ml, o el paciente presente inestabilidad hemodinámica o una arritmia grave.
- El glucagón: hormona con acción antagónica a la insulina. Dosis: 0,025 mg/Kg/dosis en niños y 1 mg/dosis en adultos, s.c., i.m. o iv Se puede repetir a los 20 min, si no hay respuesta.
- El flumazenil: antagonista competitivo de los receptores centrales de las benzodiazepinas. Se considera seguro y eficaz. Está indicado para revertir la sedación y depresión respiratoria inducida por las benzodiazepinas. Dosis: dado que es un antagonista competitivo, la dosis necesaria será proporcional a la dosis de benzodiazepinas ingerida; desde 0,01 mg/Kg, siendo 2 mg, la dosis máxima.
- La naloxona: antagonista puro de los opiáceos (morfina, meperidina, codeína, dextropropoxifeno, difenoxilato, loperamida y otros más).
- N-Acetilcisteína (Nac): antídoto bien tolerado y eficaz en la intoxicación por paracetamol.
- Vitamina K: es el antídoto de los anticoagulantes warfarínicos. No es útil en

hemorragias por heparina. En casos de exposición comprobada o de sospecha, pero en ausencia de sangrados, se administra a la dosis de 0,5-1,0 mg/dosis en lactantes, 1,0-2,0 mg/dosis en escolares y 5-10 mg/dosis, i.m., en adolescentes.

Aceleración de la eliminación del tóxico absorbido:

Diuresis Forzada:

- Asegurarse de su indicación.
- Diuresis acuosa: doble cantidad de líquidos a necesidades basales.
- Diuresis osmótica: manitol 20 % 0,25 g/Kg/dosis (pasar en 20 min).
- Conseguir 2-4 cc/Kg/h, de diuresis, si no se consigue utilizar un diurético.
- Furosemida: 2 mg/Kg iv.
- Vigilar: TA, hidratación.

Diuresis Alcalina:

- Indicaciones: intoxicaciones por salicilatos, isoniazida y fenobarbital. Se usa bicarbonato sódico (1-2 mEq/Kg en bolo iv, seguidos de 2-3 mEq/Kg, en 6-12 horas). Mantener un pH urinario por encima de 7-7,5. Controlar el potasio (reponiendo pérdidas).

Depuración Extrarrenal:

- Son la hemodiálisis y la hemoperfusión con carbón activado.
- Indicaciones: Intoxicaciones graves, que no respondan al tratamiento inicial (metanol, etilenglicol, salicilatos, litio, teofilinas y barbitúricos).

5 Discusión-Conclusión

Los fármacos son el grupo más frecuente de intoxicación en los servicios de urgencias pediátricos españoles. Los fármacos principalmente implicados son aquellos que se administran habitualmente a los niños, además de las benzodiacepinas. En 10 % de las intoxicaciones, los tóxicos están almacenados en recipientes originales, generalmente, productos del hogar.

Es importante saber identificar el fármaco que se ha administrado para una correcta y rápida actuación en los servicios de urgencias. Obtener la mayor información posible: nombre, producto y envase, tiempo desde contacto, vía intoxicación, cantidad estimada, vómitos, antecedentes personales, alergias.

También es importante conocer el teléfono del Centro Nacional de Toxicología (91 562 04 20). Funciona las 24 horas del día, todos los días del año.

6 Bibliografía

1. Ferrer Bosch N, Martínez Sánchez L, Trenchs Sainz de La Maza V, Velasco Rodríguez J, García González E, Luaces Cubells C. Utilidad de las técnicas de cribado de tóxicos en orina solicitadas desde el servicio de urgencias de un hospital pediátrico. En: *Anales de Pediatría*. 2018. p. 19-23.
2. Laita AD, Ruiz AD, Castrillón JP. Enfermedades por tóxicos: intoxicaciones agudas más frecuentes por medicamentos y drogas. *Medicine-Programa de Formación Médica Continuada Acreditado*. 2018;12(69):4043-54.
3. Azkunaga B, Mintegi S. Intoxicaciones. Medidas generales Urgencias de Pediatría. España: Hospital de Cruces. Bizkaia [Internet]; 2015 [citado 7 de octubre de 2019] pág.. 135-144. Disponible en: https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/intoxicaciones._medidas_generales.pdf.
4. Zubiaur O, Salazar J, Azkunaga B, Mintegi S. Ingesta de psicofármacos: causa más frecuente de intoxicaciones pediátricas no intencionadas en España. *An Pediatr (Barc)*. 1 de octubre de 2015;83(4):244-7.
5. Salazar J, Zubiaur O, Azkunaga B, Molina JC, Mintegi S, Grupo de Trabajo de Intoxicaciones, Sociedad Española de Urgencias de Pediatría. Atención prehospitalaria en las intoxicaciones agudas pediátricas en España. *Emergencias*. 2017;29(3):178-81.
6. Mintegi, S. Grupo de trabajo de intoxicaciones de la Sociedad Española de Urgencias de Pediatría. *Manual de Intoxicaciones en Pediatría*. 3a Edición. [citado 7 de octubre de 2019]. Disponible en: http://www.fetoc.es/asistencia/intox_manual_pediat_3.pdf.
7. Mintegi S, Esparza MJ, González JC, Rubio B, Sánchez F, Vila JJ, et al. Recomendaciones sobre la prevención de intoxicaciones. *An Pediatr (Barc)*. 1 de diciembre de 2015;83(6):440.e1-440.e5.

Capítulo 21

CUIDADOS DE ENFERMERÍA A PACIENTES QUE HAN SUFRIDO UNA HEMORRAGIA SUBARACNOIDEA

FRANCIISCO CAMACHO SÁCHEZ

CARLA EXPOSITO GONZALEZ

SILVIA NOVAS FERNANDEZ

FRANCISCO RODRIGUEZ GARCIA

JOSE MARIA MELLADO MOLINA

1 Introducción

La hemorragia subaracnoidea (HSA), es la extravasación de sangre dentro del cerebro. La causa principal no traumática o aneurismática es la ruptura de una arteria cerebral (80-85 %), siendo la más frecuente la de la arteria cerebral anterior. El principal factor de riesgo modificable es la HTA. Se trata de una emergencia neurológica frecuente en las Unidades de Cuidados intensivos. Aunque existe una mejoría en el pronóstico de la enfermedad debido a los avances terapéuticos, todavía genera casi un 60 % de morbilidad.

El diagnóstico se basa en la clínica y la información aportada por pruebas complementarias, siendo la cefalea súbita e intensa acompañada o no de una disminución del nivel de conciencia el síntoma mas característico. La Tomografía Computarizada craneal urgente confirma la existencia de sangre en el espacio

subaracnoideo y diagnostica la existencia o el inicio de complicaciones neurológicas.

El manejo en fase aguda de la HSA representa un desafío para neurólogos, neurocirujanos, anestesiólogos, radiólogos intervencionistas e intensivistas. Los Cuidados Intensivos juegan en esta entidad un papel más importante que en ninguna otra enfermedad neurovascular, ya que es la patología en la que es más probable tener un mal resultado como consecuencia de complicaciones potencialmente prevenibles y tratables. De ser una patología neuroquirúrgica, se ha convertido en una entidad que requiere un enfoque multidisciplinario y en la que intensivistas y neurorradiólogos intervencionistas tienen muchas veces un papel preponderante.

Junto a la excelencia en el diagnóstico y el tratamiento quirúrgico o endovascular, se requiere una excelencia en el manejo en Cuidados Intensivos para obtener los mejores resultados.

2 Objetivos

El objetivo de este trabajo es crear un plan de cuidados para pacientes que han sufrido una hemorragia subaracnoidea y que ingresan en una unidad de cuidados intensivos. El plan de cuidados nos aproxima al conjunto de intervenciones que realizamos durante un proceso de salud, nos permiten y facilitan nuestro trabajo y se consigue optimizar y conceder al paciente la calidad en el trabajo prestado.

3 Caso clínico

Varón de 45 años, sin antecedentes neurológicos previos, con hipertensión arterial tratada con antihipertensivos orales y consumo ocasional de cocaína, acude al servicio de urgencias por cefalea súbita, episodio de náuseas y vómitos, fotofobia y alteración del nivel de conciencia. Se le realiza un TAC craneal en el que muestra sangre <1mm en el espacio subaracnoideo y un aneurisma sacular de 10 mm en la arteria comunicante anterior. Posteriormente, se le realiza una craneotomía y clipaje de aneurisma. A continuación es ingresado en la Unidad de Cuidados Intensivos donde se le canaliza un catéter venoso central y una catéter arteria periférico.

El paciente se encuentra sedoanalgesiado con propofol y remifentanilo. Conectado a ventilación mecánica, adaptado, con buen patrón respiratorio. Presenta un drenaje ventricular externo para monitorizar la presión intracraneal (PIC menor

20 mmHg). (drenaje 10 ml, sanguinolento, no burbujeo). Sonda vesical (orina clara, no sanguinolenta, diuresis 75 ml/hora).

Se hidrata con suero fisiológico y electrolitos a 100cc/h, nimodipino 60mgc/4 horas, antibiótico profiláctico y control de glicemia. Hemodinámicamente, está estable (Tensión arterial 150/80 mmHg, FC: 80lpm, FR: 16 respiraciones/minuto, diuresis adecuada, balance hídrico neutro).

Piel integra. No presenta úlceras por presión.

1. Respirar normalmente:

Manifestaciones de independencia: frecuencia respiratoria y saturación de oxígeno normal.

Manifestaciones de dependencia: ventilación mecánica invasiva a través de tubo orotraqueal.

2. Comer y beber adecuadamente:

Manifestaciones de dependencia: dieta absoluta, está en coma anestésico (propofol). Piel y mucosas sin signos de deshidratación.

3. Eliminación:

Manifestaciones de dependencia: portador de sonda vesical con recipiente colector. Patrón intestinal conservado, vigilar.

4. Moverse y mantener posturas adecuadas:

Manifestaciones de dependencia: paciente encamado en reposo absoluto, completamente inmóvil. Cambios posturales. Datos a considerar: paciente en posición cómoda, cama en semifowler 30°.

5. Dormir y descansar:

Manifestaciones de dependencia: Sedoanalgesiado.

6. Vestirse y desvestirse:

Manifestaciones de dependencia: encamado y cubierto con sábanas. Totalmente dependiente.

7. Mantenimiento de la temperatura corporal:

Manifestaciones de dependencia: se controlará la temperatura corporal cada hora.

8. Mantenimiento de la higiene corporal:

Manifestaciones de dependencia: totalmente dependiente. incapacidad del paciente para realizar su higiene corporal. Higiene diaria del paciente encamado. Cuidados de la piel.

9. Necesidad de evitar peligros:

Riesgo de infección al ser portador de diversos dispositivos (catéter arterial, catéter venoso central, sonda vesical).

10. Necesidad de comunicarse:

Alterada. El paciente se encuentra sedado, analgesiado y con un tubo orotraqueal. Se valora al retirar sedoanalgesia.

Diagnósticos de enfermería y planificación:

Se han seleccionado los diagnósticos más relevantes de la taxonomía NANDA interrelacionados con las intervenciones NIC y objetivos NOC.

(00031) Limpieza ineficaz de las vías aéreas r/c secreciones bronquiales y presencia de tubo orotraqueal m/p excesiva cantidad de esputo.

NOC:

(0403) Estado respiratorio: ventilación.

Indicadores: 040301 Frecuencia respiratoria.

040302 Ritmo respiratorio.

(1918) Prevención de la aspiración.

Indicadores: 191802 Evita factores de riesgo.

191809 Mantiene la higiene bucal.

(0411) Respuesta de la ventilación mecánica: adulto.

Indicadores: 041108 Fracción de oxígeno inspirado (FiO₂) satisface la demanda de oxígeno.

041112 Saturación de oxígeno.

NIC:

(3180) Manejo de las vías aéreas artificiales.

Actividades: mantener el inflado del globo del tubo endotraqueal (TET) de 15 a 20 mmHg durante la ventilación mecánica cada 4-8 h, cambiar las cintas de sujeción del globo ET, inspeccionar la piel y la mucosa bucal, y mover el TET al otro lado de la boca cada 24 h. Para evitar posibles desplazamientos, marcar la referencia en centímetros en el TET. Se debe controlar la posición del tubo a la hora del examen radiológico del tórax e instaurar medidas para evitar la desintubación accidental, como fijar la vía aérea artificial con cinta y administrar sedación y relajantes musculares. Por último, cuando corresponda se debe realizar la aspiración endotraqueal de forma estéril.

(3300) Manejo de la ventilación mecánica: invasiva.

Actividades: comprobar las conexiones del ventilador regularmente, cambiar los circuitos del ventilador cada 24 horas, las alarmas del ventilador deben estar conectadas y observar si se produce un descenso del volumen espirado y un aumento de la presión inspiratoria. Se debe proporcionar cuidados para aliviar las molestias del paciente como posición, limpieza, traqueo bronquial, sedación y/o analgesia. Por último, controlar la cantidad, color y consistencia de las secreciones pulmonares.

(3350) Monitorización respiratoria.

Actividades: en la UCI debemos vigilar la frecuencia, ritmo, profundidad y esfuerzo de las respiraciones, vigilar la función pulmonar, sobre todo la capacidad vital forzada, fuerza inspiratoria máxima, VEMS y VEMS/FVC y controlar las secreciones respiratorias del paciente.

(00044) Riesgo de deterioro de la integridad tisular r/c deterioro de la movilidad física.

NOC:

(1902) Control del riesgo.

(1101) Integridad tisular: piel y membranas mucosas.

Indicadores: 110104 Hidratación.

110111 Perfusión tisular.

110113 Integridad de la piel.

NIC:

(3500) Manejo de presiones.

Actividades: se debe aplicar protectores para los codos y talones, girar al paciente inmovilizado al menos cada 2 horas y observar si hay fuentes de presión y fricción.

(3540) Prevención de úlceras por presión.

Actividades: los pacientes operados de disección aórtica suelen permanecer largo tiempo con ventilación mecánica y en coma anestésico, por lo que es importante valorar el riesgo de aparición de UPP en el individuo (escala de Braden) y registrar el estado de la piel durante el ingreso en la UCI y luego a diario durante el aseo corporal. Vigilar estrechamente cualquier zona enrojecida y eliminar la humedad excesiva en la piel por el drenaje de la herida, transpiración y la incontinencia. Mantener la ropa de cama limpia, seca y sin arrugas, utilizar colchones especiales si procede.

(00179) Riesgo de glucemia inestable r/c estado de salud física.

NOC:

(1902) Control del riesgo.

(2300) Nivel de glucemia.

Indicador: 230001 Concentración sanguínea de glucosa.

NIC: (2120) Manejo de la hiperglucemia.

Actividades: vigilar los niveles de glucosa en sangre y administrar insulina según protocolo postquirúrgico de la UCI.

(00004) Riesgo de infección r/c procedimientos invasivos.

NOC:

(1102) Curación de la herida: por primera intención.

Indicador: 110213 Aproximación de los bordes de la herida.

(1842) Conocimiento: control de la infección.

Indicador: 184206 Procedimientos de control de la infección.

NIC:

(3440) Cuidados del sitio de incisión.

Actividades: se debe inspeccionar la craneotomía por si hubiera enrojecimiento, inflamación o signos de dehiscencia, vigilar el proceso de curación, limpiar la zona de incisión con una solución antiséptica apropiada desde la zona más limpia a la menos limpia y cambiar el vendaje a los intervalos adecuados.

(00108) déficit de autocuidado: baño r/c deterioro músculo-esquelético m/p incapacidad para lavarse el cuerpo.

NOC:

(0300) Autocuidados: actividades de la vida diaria.

Indicador: 030006 Higiene.

(02) Movilidad.

NIC:

Ayuda con el autocuidado: baño/higiene.

Actividades: estos pacientes al encontrarse en coma anestésico se les proporciona ayuda hasta que sean totalmente capaces de asumir los autocuidados.

Baño.

Actividades: realizar el baño con el agua a una temperatura agradable, afeitar al paciente si está indicado, aplicar crema hidratante e inspeccionar el estado de la piel durante el baño.

Cuidados del catéter urinario.

Actividades: limpiar la zona genital y cambiar el sistema de drenaje urinario a intervalos regulares, limpiar durante el aseo diario la zona de inserción de la sonda vesical con povidona yodada para evitar infecciones y extraer el catéter lo antes posible.

4 Discusión-Conclusión

El paciente que ingresa en una unidad de cuidados intensivos tras sufrir una HSA, es un paciente complejo que se encuentra en una situación crítica. Este tipo de pacientes requiere una minuciosa y estrecha vigilancia neurológica, ya que cualquier mínimo cambio supone un riesgo.

Cabe destacar la importancia de los cuidados proporcionados por el profesional de Enfermería en estas unidades para prevenir y evitar las posibles complicaciones en la UCI. El profesional de Enfermería debe poseer los conocimientos y habilidades necesarios para dar una atención integral a estos pacientes en la UCI,

es por esto por lo que utilización de un plan de cuidados estandarizados puede ser una muy herramienta útil, ya que nos permite disminuir la variabilidad clínica y mejorar la calidad de vida del paciente. Así como individualizar el cuidado. La enfermera tiene que integrar conocimientos a lo largo de su trayectoria profesional para guiar la actividad enfermera.

5 Bibliografía

1. Rodríguez, P. L., & Rodríguez, D. (2011). Hemorragia subaracnoidea: epidemiología, etiología, fisiopatología y diagnóstico. *Rev Cubana Neurol Neurocir*, 1(1), p 59–73.
2. Archilla Mariño, E. Martínez, G D. (2011). Cuidados de Enfermería en la Hemorragia Subaracnoidea. *ENE, Revista de Enfermería*, 5(1):75-81, abr 2011. <http://enfermeros.org/revista>.
3. Acevedo Arguello, J. C., Baracaldo Campo, H. A., & Padilla García, C. I. (2012). Propuesta de plan de cuidado a la persona con aneurisma cerebral. *MedUNAB*, 15(1), 46-52. Recuperado a partir de <https://revistas.unab.edu.co/index.php/medunab/article/view/1567>.

Capítulo 22

DEPRESIÓN Y TRASTORNO DE ANSIEDAD EN EL ADULTO JÓVEN.

PATRICIA CANTERO DE JULIÁN

1 Introducción

Los trastornos mentales constituyen una prioridad en salud pública, ya que se encuentran entre las causas más importantes de morbilidad en atención primaria. La depresión es uno de los problemas psicológicos que más afectan a nuestras actividades diarias, ya que se caracteriza por sentimientos de inutilidad, culpa, tristeza y desesperanza.

La ansiedad se caracteriza por un mal estar interior que la persona no es capaz de soportar, suele cursar en ocasiones con depresión.

La depresión tiende a presentarse con mayor frecuencia en las mujeres que en los hombres, al igual que la ansiedad, que también es un problema psicológico más frecuente entre ellas.

Dado que ambos problemas, el de la depresión y ansiedad, requieren de soluciones claras y concisas, la psicología clínica se ha encargado de estudiar la depresión, y las causas más comunes que llevan a que se presente este problema en las personas, ya que cada vez es más frecuente en nuestra sociedad.

Los jóvenes son uno de los grupos etéreos que presentan mayor probabilidad de sufrir depresión, ya que en la etapa de la adolescencia se llevan a cabo procesos de cambios físicos, psicológicos, socioculturales y cognitivos.

En adolescentes es habitual encontrar ánimo triste e ideas de suicidio, irritabilidad, trastornos de la conducta, incluidas conductas de riesgo, así como síntomas depresivos atípicos (hipersomnias, aumento de apetito, indiferencia y aplanamiento emocional). De este modo, muchos cuadros son interpretados

como rebeldía adolescente, poco comprendidos por el entorno y, en consecuencia, no atendidos.

2 Objetivos

- Conocer que factores influyen en la juventud para desarrollar depresión y ansiedad.
- Conocer los factores para poder prevenirlas.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo llamado “depresión y trastornos de ansiedad en el adulto joven” se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente.

Se ha realizado una búsqueda sistemática en revistas científicas, consultando artículos científicos y publicaciones.

4 Resultados

Es importante definir la depresión en adolescentes y entender en que consiste esta etapa por la que están pasando, son cada vez más frecuentes en las consultas de atención primaria.

La depresión es multicausal, se barajan causas de origen biológico y psicosocial, como factores biológicos se pueden citar, un desbalance de neurotransmisores como la serotonina, noradrenalina, dopamina y alteraciones, hormonales como aumento de cortisol.

Hay que nombrar también la posibilidad de la herencia, tener un familiar con depresión aumenta el riesgo de padecerla.

Como factores psicosociales hay dos rasgos de la adolescencia que marcan muy especialmente los vínculos sociales: las relaciones con los padres y con los amigos.

Podemos considerar experiencias traumáticas, de separación, de pérdida o de desamparo, estilos cognitivos negativos o acontecimientos vitales estresantes dentro de estos dos vínculos.

Síntomas característicos:

- Persistente estado de ánimo triste.
- Cambios en el hábito del sueño.

- Reducción del apetito y pérdida de peso o aumento del apetito con aumento del peso.
- Insatisfacción y desinterés por actividades que antes se disfrutaban.
- Inquietud, irritabilidad.
- Dolores crónicos o trastornos digestivos.
- Dificultad para concentrarse, dificultades para recordar cosa o tomar decisiones.
- Fatiga o pérdida de energía.
- Sentimientos de culpa, desesperanza o inutilidad.
- Ideas delirantes y pensamiento suicida.

Algunos síntomas como las quejas somáticas, la irritabilidad y el aislamiento social son especialmente habituales en los niños, mientras que la hipersomnia, las ideas delirantes son más frecuentes durante la adolescencia.

La ansiedad se presenta frecuentemente en forma de somatizaciones, que son la expresión de mal estar psicológico en forma de síntomas físicos, siendo los más frecuentes: taquicardia, sudoración, palidez, temblor, náuseas, dolor abdominal, cefalea, mareo y sensación de falta de aire.

Trastorno de Ansiedad Generaliza: es la sensación de estar constantemente nervioso y presentar una actitud temerosa a multitud de acontecimientos. Suele aparecer en niños sensibles e inteligentes.

Fobia Social: miedo irracional a ser juzgados por otras personas en situaciones sociales, ser humillado o ridiculizado. Los niños y adolescentes con trastorno social suelen evitar eventos sociales y otras situaciones que puedan exponerlos a humillación o vergüenza.

Prevención:

Es posible que los episodios de depresión no se puedan prevenir en adolescentes con fuertes antecedentes familiares de este problema o con múltiples factores de riesgo. Pero hay determinados factores que pueden ayudar:

1. Psicoeducación: técnicas de relajación, respiración diafragmática.
2. Evitar estrés: dormir y descansar lo suficiente, aprender a decir no las exigencias adicionales, practicar ejercicios de meditación.
3. Hacer ejercicio: se ha demostrado que la actividad física es un buen antidepresivo.
4. Dieta: una dieta saludable puede ayudar a evitar depresión y ansiedad, los alimentos que pueden ayudar son; frutas y verduras frescas, té verde, soja, aceites saludables y pescados.

5 Discusión-Conclusión

Con la lectura de este capítulo llamado “Depresión y ansiedad en jóvenes”, se ha podido llegar a la conclusión que hay una elevada prevalencia de trastornos psicológicos como son la depresión y ansiedad.

Que la variable del sexo, se asocia significativamente al riesgo de sufrir estas patologías, que el factor genético de tener un familiar con antecedentes de estas patologías influye en un alto porcentaje de padecerlas.

Cada vez son más los jóvenes que padecen una de estas patologías, situaciones de estrés, problemas familiares, académicas, sociales, alimenticias son los factores más característicos que influyen en nuestra sociedad.

La depresión en adolescentes envuelve más problemas interpersonales y de baja autoestima que en el adulto.

Por otro lado la actividad física, una buena alimentación, ayuda psicológica favorecen a la hora de su prevención.

6 Bibliografía

1. Katherine M. Amieta. Vergara, Shyrley Díaz Cárdenas y Farith González Martínez. Síntomas de depresión y ansiedad en jóvenes universitarios.
2. Pedro A, Graciela; Sandoval D; Adriana, Umbanilla Z, Diana. Adolescencia y depresión.
3. Puello López, D. S. (2010). La depresión como el trastorno psicológico más frecuente en los adolescentes. *Pensando Psicología*, 6(11), 133-.
4. Google Académico.

Capítulo 23

ABORDAJE DEL PACIENTE ANTICOAGULADO EN ATENCIÓN PRIMARIA

ELENA MUÑOZ MARÍN

LORENA ORTIZ ORTIZ

SARA MUÑOZ MARÍN

1 Introducción

Las patologías coronarias son una de las principales causas de muerte en todo el mundo.

Por otro lado, también tienen una elevada morbilidad que se asocia a graves secuelas y discapacidades que requieren una frecuente asistencia sanitaria.

Algunas de estas patologías son la embolia pulmonar, tromboembolismo venoso o arterial, infarto agudo de miocardio y fibrilación auricular.

Es importante la profilaxis con fármacos anticoagulantes orales que ayudarán a evitar dichas patologías o evitar recidivas de la enfermedad en caso de que ya se haya producido con anterioridad.

Uno de los fármacos más utilizados es el acenocumarol, del que hablaremos más adelante.

Requiere controles periódicos por profesionales sanitarios y es importante que se complemente con unas correctas medidas higiénico-dietéticas.

La enfermera de Atención Primaria tiene un papel fundamental en la atención a este tipo de pacientes, ya que es la responsable de realizar los controles y aportar la educación sanitaria correspondiente para que los pacientes lleven un buen control de su enfermedad.

Aportará consejos acerca de la alimentación, hábitos de vida saludables, prevención de hemorragias y forma de actuación en caso de presentar una, entre otros.

Además se asegurará de que el paciente presente una correcta adherencia al tratamiento, mejorando así su calidad de vida.

2 Objetivos

- Ampliar los conocimientos sobre el fármaco anticoagulante oral más utilizado.
- Conocer las actividades de enfermería en la atención a este tipo de pacientes.

3 Metodología

El artículo consiste en una revisión bibliográfica sobre los pacientes anticoagulados. Se aporta información sobre el perfil de este tipo de pacientes, su tratamiento farmacológico y no farmacológico, los controles en la consulta de Atención Primaria y los cuidados de enfermería que requieren.

Para ello se ha realizado una búsqueda bibliográfica en varias bases de datos, siendo las principales; Google Académico, Dialnet y Medline Plus.

Se han consultado diferentes artículos, de los cuales he recopilado la información científica más relevante sobre el tema que he desarrollado.

4 Resultados

Los pacientes anticoagulados son aquellos que tienen prescrito por el médico algún fármaco anticoagulante para tratar una patología de base.

Los fármacos más utilizados son los anticoagulantes orales. Dentro de ellos el más común es el acenocumarol.

Su mecanismo de acción es ser antagonista de la vitamina K, implicada en la coagulación de la sangre.

La dosis la determinará el médico, atendiendo a los resultados del control de INR (Índice Internacional Normalizado) que se realizará periódicamente.

El control se llevará a cabo mediante la prueba de tiempo de protrombina que analiza el tiempo que tarda en formarse un coágulo en la sangre.

Se realiza mediante una punción capilar en el dedo, para obtener una muestra de sangre. El rango ideal de INR depende de la patología por la que sea anticoagulado, la historia clínica del paciente y los objetivos a alcanzar con el tratamiento. Cuanto más elevada sea la cifra de INR, existirá más riesgo de que aparezcan complicaciones por sangrado.

La enfermera será la encargada de realizar los controles en la consulta de Atención Primaria o en el domicilio si lo requiere, derivando los resultados al médico para que establezca la pauta de tratamiento.

Se asegurará de que el paciente comprenda la forma correcta de administración del fármaco para llevar un buen control de la enfermedad.

La dieta juega un papel fundamental en los pacientes anticoagulados.

Es importante evitar alimentos ricos en vitamina K como coliflor, espinacas, espárragos, guisantes, garbanzos, lechuga, aguacate y kiwi entre otros.

Algunos tienen un contenido moderado de vitamina K como son la manzana, mayonesa, pimientos, cebolla, cacahuets, etc.

También se deben evitar las carnes curadas y procesadas, el hígado y las conservas de pescado.

Algunas plantas medicinales e infusiones también son capaces de alterar los efectos de los anticoagulantes orales.

La enfermera aportará educación sanitaria al respecto.

Es importante mantener controlada la tensión arterial en este tipo de pacientes, ya que la hipertensión es un factor de riesgo cardiovascular muy frecuente.

Además se realizarán una serie de recomendaciones como realizar ejercicio físico con regularidad, mantener un peso saludable, limitar el consumo de alcohol, no fumar, tener un patrón de sueño adecuado y evitar el estrés, entre otras.

La hemorragia es la principal complicación que pueden sufrir los pacientes que están en tratamiento con anticoagulantes orales. Se aportarán consejos para evitar golpes y riesgo de caídas que puedan ocasionarlas. En caso de producirse, se darán las pautas para solucionarlo de la forma correcta.

5 Discusión-Conclusión

Son numerosas las personas que están en tratamiento con fármacos anticoagulantes orales para tratar una patología coronaria.

Uno de los más utilizados es el acenocumarol. Se trata de un inhibidor de la vitamina K.

Requiere la realización de controles periódicos de INR por su enfermera de Atención Primaria para que el médico pueda ajustar la dosis adecuada en cada caso.

Es fundamental para un buen control de la enfermedad, que el paciente tenga conocimiento sobre los hábitos higiénico-dietéticos más acordes para su patología.

Además es importante que conozca el riesgo de hemorragia que conlleva el uso de dicha medicación y la forma de actuación ante ella.

La enfermera juega un papel clave en los cuidados a este tipo de pacientes.

6 Bibliografía

1. Gómez RM, Martín ML, Dorta MA, Delgado F. Perfil del paciente anticoagulado y factores que pueden influir sobre el INR en Atención Primaria. Nure Investigación [revista en Internet]. 2013: [aprox. 13 págs.]. Disponible en: file:///C:/Users/usuario/Downloads/Dialnet-PerfilDelPacienteAnticoaguladoYFactoresQuePuedenIn-7659670%20(1).pdf
2. MedlinePlus [página en Internet]. Prueba de tiempo de protrombina e INR. 2021 [aprox. 3 pantallas]. Disponible en: <https://medlineplus.gov/spanish/pruebas-de-laboratorio/prueba-de-tiempo-de-protrombina-e-inr-tpinr/>.
3. Obeso L, Cerrada B, Barreiro L, Cerrada A, Gracia N, Cerrada L. Análisis de la atención y las necesidades educativas en los pacientes anticoagulados en un centro de Atención Primaria. Revista Sanitaria de Investigación [revista en Internet]. 2021: [aprox. 7 págs.]. Disponible en: <https://revistasanitariadeinvestigacion.com/analisis-de-la-atencion-y-las-necesidades-educativas-en-los-pacientes-anticoagulados-en-un-centro-de-atencion-primaria/>.

Capítulo 24

INTERVENCIONES EN LA ENFERMERIA A NIVEL ESCOLAR CON ALUMNOS SIN DISCAPACIDADES

HÉCTOR LÓPEZ PERAL

MERCEDES GARCÍA GARCÍA

SERGIO LOPEZ MORCILLO

JAVIER GARCIA JATIVA

ANA MARIA CARRETERO FERNANDEZ

1 Introducción

El papel de la enfermería es interdisciplinar pues puede realizar funciones a nivel de muchas áreas y entre ellas se encuentra la de enfermería escolar.

En la actualidad la enfermería como se ha comentado tiene amplios campos entre ellos este de nuestro trabajo con lo cual podemos decir que La enfermera escolar es una figura que cada vez está adquiriendo mayor importancia en la sociedad, extendiéndose por toda la comunidad escolar. La necesidad de realizar un análisis sobre diferentes publicaciones científicas puede favorecer a que poco a poco, se vaya incrementando el progreso y la promoción de la enfermera escolar, un perfil emergente de la enfermería.

Se puede decir que la enfermería escolar o entorno escolar es donde la enfermera puede dedicar mucho tiempo en educación para la salud, información sobre anticonceptivos, patologías, etc.

Por ello podemos decir que este tipo de estrategias además de prevenir conductas de riesgo, mejorarían la salud de la población escolar y su educación respecto a temas de salud; además de reducir el absentismo escolar debido a las múltiples ausencias por acudir a centros sanitarios para la realización de controles de seguimiento y/o intervenciones. Cada vez son más los niños que padecen enfermedades crónicas, necesitan un tratamiento diario y solo por desplazamiento a un centro de salud pierden tiempo de formación académica.

2 Objetivos

Describir qué tipo de intervenciones o funciones puede realizar la profesión de enfermería en el ámbito de la formación o escolarización.

3 Metodología

Realizamos una revisión bibliográfica sobre publicaciones en internet, la cual nos llevó a bases de datos en las que aparecían textos que valoraban el beneficio de obtener presencialmente a una enfermera en un colegio. Las bases de datos consultadas han sido Medline, Scielo y Cochrane Library.

Palabras clave: escolarización, cuidados, educación y formación.

4 Resultados

En nuestra revisión bibliográfica hemos querido incluir artículos que nos expliquen y nos comentan que beneficios puede aportar una enfermera en el ámbito escolar.

La enfermera sobre todo se ciñe a los niños que se encuentran escolarizados en su ámbito que tengan alguna patología tipo diabetes, discapacidades, como de movilidad, etc.

En el caso de diabetes es importante que antes del almuerzo si es un niño pequeño por supuesto que se realice una glucemia antes de que almuerce. Aunque si el niño se encuentra mal el profesor debe notificar a enfermería y esta tomara una

glucemia capilar para ver si esta en rango los valores. En caso de hipoglucemia se apartará a este y se administrará un zumo o algo que eleve los niveles de azúcar. En algunas ocasiones la enfermera se encontrará que el niño posee un dispositivo en el brazo que mide constantemente su glucemia capilar con lo cual es muy importante comprobar el funcionamiento de este mismo.

En el caso de discapacidades y que necesiten control de enfermería, esta se encontrara cercana a el aula donde impartirán las clases del alumno que necesitan ayudar.

En otras ocasiones la enfermería escolar también ejercerá de educación para la salud en el ámbito de educación para embarazos no deseados, con lo cual explicara los distintos anticonceptivos y como podrán acceder a estos y su utilización.

La enfermera escolar también es la profesional que cuidara de la prevención de accidentes y en caso de que surja alguno realizara las cuestiones adecuadas a ello. Tanto si hay herida como si hay que realizar una derivación a un centro de salud o hospitalización. Realizara protocolos en los ámbitos de este tema en cuanto a prevención de accidentes tanto del alumnado como de profesores.

5 Discusión-Conclusión

El trabajo de enfermería escolar no es nada fácil pues tiene mucha amplia área para poder abordar. Como se ha dicho en nuestros resultados educación para la salud, formación de prevención en cuidados y accidentes. Evitaran riesgos innecesarios.

Es un tema el de enfermería escolar diferente el cual la inclusión de esta categoría es imprescindible pero no esta reconocida. Pero es una seguridad ante cualquier problema que pueda surgir o pueda llegar a generarse y que pueda realizar las gestiones necesarias para solventar la cuestión en ese momento o incluso realizara las derivaciones necesarias siempre que avise a los progenitores o al jefe de estudios o incluso al director del centro escolar.

6 Bibliografía

1. Fontanet G. La enfermera en la escuela. [Internet]. Versión 1. Barcelona: Colegio Oficial de Enfermería de Barcelona; 2007.

2. Porras J. La escuela, promotora de educación para la salud. Páginas 75-83. [Monografía en Internet]. Madrid: Visión Libros. 2011).
3. Junta de Andalucía. Guía Forma Joven: una estrategia de salud para adolescentes y jóvenes de Andalucía. [Internet]. Sevilla. 2009.

Capítulo 25

CONOCIMIENTOS SOBRE EL TEMA DE ENFERMERIA DE FRAGILIDAD EN EL ANCIANO

HÉCTOR LÓPEZ PERAL

MERCEDES GARCÍA GARCÍA

SERGIO LOPEZ MORCILLO

JAVIER GARCIA JATIVA

ANA MARIA CARRETERO FERNANDEZ

1 Introducción

En la actualidad el concepto fragilidad es sinónimo de debilidad. En el tema de fragilidad en el anciano es un tema muy actual que se ha conocido hace unos años en el que nos habla que signos o síntomas, consecuencias emocionales, etc.; hacen que se considere a un paciente anciano frágil.

Los mecanismos implicados en la etiología de la fragilidad son complejos, pero dos elementos son esenciales en su aparición y desarrollo, la malnutrición y la sarcopenia. Son problemas muy frecuentes y graves en el anciano, que unidos a otros factores (genéticos, sociales, hormonales, enfermedades crónicas, etc.) forman parte de lo que se llama el ciclo de fragilidad, en el cual existe una retroalimentación entre los diferentes elementos que lo forman.

El envejecimiento engloba un conjunto de cambios morfológicos, funcionales y psicológicos que desencadenan una pérdida progresiva de las capacidades físicas y cognitivas. De la mano del progresivo envejecimiento poblacional va acompañado el aumento de la morbilidad, la cronicidad y lo que se viene llamando cronicidad compleja.

El anciano frágil se considera aquel que ha estado ingresado en un hospital los últimos seis meses, ha enviudado recientemente, es pluripatológico, poli medicamentado, vive solo y en muchas ocasiones padece una demencia o un deterioro cognitivo.

2 Objetivos

Describir al paciente frágil anciano y qué cuidados básicos se puede llegar a administrar enfermería en este tipo de pacientes.

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

En este trabajo hemos podido documentar, que tipo de cuidados se puede llegar a administrar en el paciente anciano frágil por parte de enfermería entendiendo y estando formado para este.

Enfermería debe descubrir qué tipo de fragilidad posee el paciente a tratar para poder ayudarlo. No todos los pacientes que pueden reunir todos los criterios que se exponen con alguno de ellos ya puede ser diagnosticado u etiquetado como anciano frágil.

En cuanto a la fragilidad y patologías crónicas es un termino que va unido por ello la enfermera debe conocer qué tipo de patologías o déficits posee el paciente para poder ayudar en su día a día o sus actividades de la vida diaria.

Enfermería podría utilizar las escalas de Lawton y Brody, Barthel, etc.; entre muchas más escalas. en las que ya podríamos observar y catalogar los cuidados necesarios e individuales para cada paciente.

En cuanto al paciente que se encuentra con mucha medicación es importante realizar una educación sanitaria con este, en caso de que se observe un deterioro cognitivo o demencia, la enfermera se pondrá en contacto con sus familiares o cuidadores para comentar la situación. Si estos no son capaces de poder atender al paciente se derivará un escrito a la trabajadora social para que pueda llegar a tramitar un dispositivo tanto de centro de día, ingreso, etc.; adecuado a este paciente.

Es importante que la enfermera haga hincapié en la hidratación y por supuesto la alimentación equilibrada para poder evitar una desnutrición que llevaría a agravar la situación del paciente.

La fragilidad, la fractura y el subsiguiente miedo a caer aceleran el avance de la discapacidad y la mortalidad. Además, el riesgo de fractura y mortalidad se asocia en algunos estudios con mayores tasas de resorción ósea en adultos mayores.

5 Discusión-Conclusión

El termino de fragilidad, ha sido un descubrimiento en la actualidad, que nos a facilitado el trabajo, para poder entender y poder ayudar en cuanto a la calidad de vida del paciente frágil y que se puede añadir anciano.

Es un tema muy importante para conocer en que se puede ayudar a ese paciente, con un deterioro cognitivo, que es un usuario que debe ingerir mucha medicación, en este último caso el paciente no sabe gestionar la medicación y es por ello como se ha comentado en nuestros resultados, y con esto evitaríamos ingresos por caídas, etc.

Se trata como se ha comentado un tema importante en el ámbito sanitario.

6 Bibliografía

1. Ferrín MT, Ferreira-González L, Mejjide-Míguez H. Escalas de valoración funcional en el anciano. Galicia Clínica 2011;72(1):11-16.
2. Oblaré BL. El anciano frágil. Infogeriatría 2011. El anciano frágil 1: 9-15.

3. Bernal-Orozco M, Vizmanos B. La nutrición del anciano como un problema de salud pública. *Antropo* 2008(16):43-55.

Capítulo 26

CUIDADOS BÁSICOS Y PREVENCIÓN DE ENFERMERÍA CON PATOLOGÍAS CARDÍACAS

HÉCTOR LÓPEZ PERAL

MERCEDES GARCÍA GARCÍA

SERGIO LOPEZ MORCILLO

JAVIER GARCIA JATIVA

ANA MARIA CARRETERO FERNANDEZ

1 Introducción

En la actualidad la patología cardiaca es uno de los problemas de salud con más mortalidad.

Los estilos de vida, los hábitos tóxicos y mal nutrición la elevada ingesta de azúcares, grasas y no tener una dieta equilibrada a base de frutas, verduras y proteínas añadida a que un paciente tenga más patologías añadidas es un grave riesgo para el paciente. No solo de los estos comentados anteriormente son los causantes de la patología cardiaca, también puede generarse por riesgos infecciosos. La falta de ejercicio físico, la obesidad y la mal calidad de vida de un paciente aboga a una patología cardiaca inminente.

Cuando hablamos de patología cardíaca también nos referimos a insuficiencia cardíaca la cual podemos definir como insuficiencia cardíaca la cual es una afección en la que el corazón ya no puede bombear sangre rica en oxígeno al resto del cuerpo de forma eficiente. Esto provoca que se presenten síntomas en todo el cuerpo.

Los diferentes tipos de enfermedades cardíacas más frecuentes son:

- Hipertensión arterial o tensión arterial alta.
- Exceso de colesterol.
- Infarto de miocardio.
- Angina de pecho.
- Trastornos del ritmo cardíaco.

Existen muchas patologías cardíacas que son independientes en el tema de cuidados de enfermería aunque el órgano afectado es el mismo.

2 Objetivos

Describir qué tipo de cuidados de enfermería básicos se pueden realizar, para prevenir o controlar la patología cardíaca de un paciente.

3 Metodología

Realizamos una revisión bibliográfica sobre publicaciones en internet, la cual nos llevó a bases de datos en las que aparecían textos que valoraban la prevención de las enfermedades cardíacas por parte de enfermería. Las bases de datos consultadas han sido Medline, Scielo y Cochrane Library.

Palabras clave: cardiovascular, patología, cuidados y prevención.

4 Resultados

En nuestra revisión bibliográfica hemos podido incluir artículos que nos indican que tipo de actuaciones, intervenciones puede llegar a realizar la enfermería para poder llegar a prevenir una patología cardíaca o intentar mejorar la calidad de vida de este paciente.

Aunque es una patología cardíaca no solo tenemos que valorar el corazón si no que habrá otros signos vitales que tienen que estar controlados o monitorizados.

Enfermería debe tener monitorizado al paciente hospitalizado y comprobar que no sufra disnea pues es uno de los signos más frecuentes.

El paciente deberá tener un reposo absoluto o relativo, esto quiere decir que el paciente puede realizar una transferencia al sillón o como mucho a el baño. No esfuerzos físicos. Que puedan agravar la situación de este.

Enfermería realizara una educación sanitaria en este tipo de pacientes, pero a nivel individual. Por ello se recomendará una dieta equilibrada, baja en sal y pobre en sodio.

En caso de que el paciente este obeso, es conveniente la reducción de peso. Evitara el estreñimiento para no tener que realizar esfuerzos físicos tipo Valsalva.

Abandono de hábitos tóxicos, tabaco, alcohol etc. con esto generara una mejor respiración. Es muy importante que el paciente evite el sedentarismo y para ello si no puede realizar esfuerzos físicos deberá caminar o ejercicios que no impliquen estos.

El control de constantes vitales, como tensión arterial y saturación es algo que debe tener controlado siempre para evitar una descompensación. El facultativo pautara diuréticos a estos pacientes para evitar los posibles edemas.

Realizar una explicación con palabras claras y que pueda llegar a entender en cuanto a que la toma de la medicación y todas las medidas dietéticas, ejercicio, etc.; son para mejorar su calidad de vida.

5 Discusión-Conclusión

El trabajo de enfermería con pacientes con patologías vasculares va centrado en que tipo de calidad de vida se espera para este paciente, para ello como se ha comprobado en nuestros resultados. Enfermería realizará una educación sanitaria para que comprendan que hay que seguir los pasos de el facultativo y que la enfermera le dará.

Todo esto genera que el paciente será controlado por enfermería y cualquier síntoma o signos que no estén dentro de las pautas que ofrece enfermera el podrá comprobarlo por si mismo y pedir ayuda.

Es un tema importante para la enfermería y el profesional sanitario, pues es uno de los temas que mas puede incidir en un paciente con patologías cardiacas y que

pueden llegar a encontrar en cualquier unidad o servicio especial como urgencias o unidad de cuidados intensivos (UCI).

6 Bibliografía

1. Levin A, Foley RN: Cardiovascular disease in chronic renal in-sufficiency. *Am J Kidney Dis* 2000; 36 (Supl. 3): S24-S30.
2. Drueke TB: Aspects of cardiovascular burden in pre-dialysis patients. *Nephron* 2000; 85 (Supl. 1): 9-14.
3. Álvarez Cortés J, Bello Hernández V, Pérez Hechavarría G, Antomarchi Duany O, Bolívar Carrión ME. Factores de riesgo coronarios asociados al infarto agudo de miocardio en el adulto mayor. *MEDISAN [Internet]*. 2013; 17(1): 54-60.

Capítulo 27

ENFERMERÍA EN LA HEMORRAGIA POSTPARTO

BEATRIZ ROSADO TOMÁS

ESTHER RAMOS PAVÓN

REBECA DEL OLMO GONZÁLEZ

MARIA BLANCO SANABRIA

PRADO SANCHEZ FIGUEIRA

1 Introducción

La hemorragia posnatal o hemorragia postparto es uno de los principales contribuyentes a la mortalidad y enfermedad maternas en todo el mundo. Es la principal causa de muerte en los países subdesarrollados y una de las tres principales en los países desarrollados.

La incidencia general de sangrado posparto es del 4 % para el parto vaginal y del 6 % para la cesárea en los países industrializados, con aproximadamente 125.000 muertes por año. En las regiones en desarrollo, la hemorragia posparto es la causa más común de muerte materna con una incidencia del 33,9 % (1 muerte por cada 16 nacimientos). Se ha descrito una meseta para el efecto de la hemorragia posnatal desde la década de 1980. Desde el año 2000, sin embargo, ha habido un aumento debido al aumento en el número de cesáreas.

La hemorragia posparto se ha definido clásicamente como una pérdida de sangre de más de 500 ml durante el parto vaginal y más de 1000 ml durante la cesárea.

Debido a que la estimación de la pérdida de sangre suele ser visual, la pérdida real a menudo se subestima. Dadas estas limitaciones, también es común basar el diagnóstico en datos clínicos (aparición de signos y síntomas de inestabilidad hemodinámica o necesidad de transfusión sanguínea) y de laboratorio (disminución del hematocrito en un 10 % ó más).

Dependiendo del nivel de pérdida de sangre y factores preexistentes como anemia previa o mal manejo, pueden causar shock hipovolémico, fallo multiorgánico y muerte materna en las primeras 6 horas. Toda mujer en el parto tiende a tener sangrado posparto. Es por eso que los profesionales deben estar preparados para esta situación. Es una crisis obstétrica que requiere un tratamiento multidisciplinario inmediato y estrategias de prevención.

El momento en que nace el bebé y las primeras horas después del nacimiento es importante para la prevención, diagnóstico y tratamiento del sangrado. A veces encontramos partos a corto plazo tanto fuera del hospital como dentro del hospital (fuera de la sala de maternidad), así como mujeres posparto en la sala.

Necesitamos identificar la aparición de la hemorragia posparto, ya que los efectos de esta crisis obstétrica requieren una detección y acción rápidas.

2 Objetivos

Describir las principales causas y medidas terapéuticas por parte del equipo de enfermería en las hemorragias posparto en la unidad de urgencias.

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

Son muchos los factores de riesgo conocidos para la hemorragia posparto pero tienen una relación sensibilidad/especificidad muy baja para poder basar en ellos estrategias preventivas excepto en los casos de acreción placentaria, placenta accreta y trabajo de parto prolongado.

Las principales causas de hemorragia posparto se agrupan en cuatro categorías, denominadas 4 “T”, según el defecto detectado, clasificación que la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia (SEGO) incluye en sus protocolos:

- Atonía uterina (tono).
- Retención de placenta o restos placentarios (tejido).
- Lágrimas del tracto genital (trauma).
- Trastornos de la coagulación de la trombina.

La causa más común de hemorragia posparto es la atonía uterina (50-60 %).

Ocurre cuando el mecanismo fisiológico de retracción y contracción uterina falla después de la expulsión del feto. El útero, por contracción y retracción, reduce la superficie de implantación de la placenta y facilita su separación. Separando por completo la placenta, la contracción uterina facilita el parto de la misma y deja múltiples vasos desgarrados que se comprimen con las contracciones uterinas, estos son los llamados “enlaces vivos” de Pinard, este es el mecanismo hemostático fundamental para el control de hemorragia. después del alumbramiento. Si este mecanismo falla, el sangrado continúa.

Se considera el diagnóstico de atonía uterina si hay sangrado continuo y el útero está blando y alto durante la palpación. A veces, el sangrado puede no ser obvio y puede parecer escaso, ya que el útero extendido puede retener más de 1 litro de sangre. La forma de prevenir la atonía uterina es mediante el manejo activo de la tercera etapa del trabajo de parto.

La segunda causa es la placenta retenida o los restos placentarios. Puede ocurrir en cualquier parto, por lo que es obligatoria una revisión sistemática de la placenta después del parto para verificar la integridad total de esta y sus membranas. Los restos de placenta retenidos después de la salida de la mayor parte de la placenta, impiden la contracción adecuada del útero, lo que provoca atonía uterina.

Los desgarros del canal cervical y/o vaginal generalmente están relacionados con el parto instrumental, la presencia de un feto macrosómico, el parto rápido o la realización de una episiotomía. El diagnóstico se realiza excluyendo la atonía uterina y la presencia de restos placentarios retenidos.

La inversión uterina consiste en el prolapso del fondo uterino a través del cuello uterino, exponiendo la cavidad endometrial. Es una complicación poco común (1/5000 partos) y puede presentarse total o parcialmente. Los factores de riesgo incluyen macrosomía fetal, anomalía uterina, primariedad, atonía uterina y maniobras del cordón. El diagnóstico se confirma, junto con la hemorragia, un bulto que sobresale hacia el introito, la vagina o el cuello uterino, junto con dolor y signos o síntomas de shock, excesivos para la cantidad de sangrado.

Las patologías de la coagulación pueden ser la causa o la consecuencia de una hemorragia posparto. Las coagulopatías hemorrágicas pueden ser congénitas (generalmente ya diagnosticadas previamente) y adquiridas (a través de diversos procesos, desprendimiento prematuro de la placenta, preeclampsia, muerte fetal, sepsis, embolia amniótica, etc.), lo que puede provocar una coagulación intravascular diseminada (CID), pero debe tenerse en cuenta que una hemorragia posnatal grave o prolongada también puede causar coagulopatía de consumo.

Las diferentes causas se relacionan con algunos factores de riesgo que deben identificarse cuando sea posible. La identificación de los factores de riesgo es importante, aunque la prevención de la hemorragia posparto ocurre de forma sistemática en todos los partos, existan o no factores de riesgo.

La tercera etapa del parto o el parto es el intervalo de tiempo desde el nacimiento del niño hasta el nacimiento de la placenta, puede ser una etapa crítica en relación al bienestar materno. La separación de la placenta generalmente comienza después del nacimiento como resultado de la abstinencia uterina o con las primeras contracciones del útero vacío. Los signos clásicos del desprendimiento de placenta son: cambio en la forma y tamaño del útero, pérdida de sangre, origen y alargamiento del cordón umbilical y elevación del fondo uterino.

La tercera etapa del trabajo se puede gestionar activamente o se puede mantener una actitud expectante. El manejo expectante o fisiológico se refiere al parto espontáneo de la placenta sin usar uterotónicos y sin tirar del cordón, completamente sin intervenciones. El manejo activo de la tercera fase del trabajo de parto involucra los siguientes elementos: pinzamiento precoz del cordón, tracción controlada del cordón, masaje uterino y administración de fármacos uterotónicos.

El manejo activo se refiere a una disminución en la incidencia de hemorragia posparto y una reducción en la pérdida de sangre, por lo que debe aplicarse en todos los partos.

El pinzamiento precoz o compresión del cordón se realiza en los primeros 60 segundos después del parto, mientras que el pinzamiento tardío ocurre más de un minuto después del parto o cuando el cordón deja de latir. Los pinzamientos precoces se asocian a un menor riesgo de hemorragia posparto. Sin embargo, una revisión reciente no mostró diferencias significativas entre los índices de hemorragia posnatal al comparar el pinzamiento temprano y tardío del cordón umbilical, encontrando algunas ventajas del pinzamiento tardío, como mayor peso al nacer, concentración temprana de hemoglobina y mayores reservas de hierro hasta seis meses después del nacimiento.

La tracción controlada del cordón umbilical incluye la tracción del cordón umbilical mientras se presiona hacia arriba colocando una mano en la parte inferior

del abdomen; debe realizarse solo después de que aparezcan signos de separación placentaria. Ambas intervenciones, si no se realizan correctamente, pueden dar lugar a resultados adversos que incluyen dolor, sangrado e inversión del útero. Otro elemento del tratamiento activo es la administración de fármacos uterotónicos. Se ha demostrado que la oxitocina profiláctica reduce la hemorragia posnatal y la necesidad de uterotonicidad terapéutica. Sin embargo, el momento de administración de los medicamentos con oxitocina varía mucho. El abordaje más recomendado en el tratamiento activo es la administración de fármacos en el momento de la salida del hombro anterior, medida que reduce el riesgo de hemorragia posparto sin incrementar la retención placentaria. La oxitocina para la profilaxis previene mejor la pérdida de sangre en comparación con los alcaloides del cornezuelo de centeno, y no se observan mejoras adicionales cuando se usan juntos.

La duración de la tercera fase del trabajo de parto es importante porque la prevalencia de hemorragia posnatal aumenta a lo largo de su duración. En una de las revisiones de la literatura revisadas, la administración de oxitocina antes o después del parto placentario no tuvo un efecto significativo sobre la duración de la tercera etapa del trabajo de parto.

Si, a pesar del manejo activo del parto, encontramos una verdadera hemorragia posparto, debemos actuar de forma secuencial y rápida. Inicialmente se debe realizar el soporte vital del paciente y el tratamiento etiológico al mismo tiempo. Necesitamos descartar las tres causas más comunes de hemorragia postparto: atonía uterina, placenta retenida y desgarros cervicales/vaginales.

El tratamiento inicial de la atonía uterina requiere la administración inmediata de fármacos uteróticos junto con el masaje del fondo uterino, colocando una mano en la parte inferior del abdomen de la paciente y estimulando el útero con masajes repetidos o movimientos de presión, para controlar su grado de contracción, y favorecer su vaciado.

5 Discusión-Conclusión

La alta morbilidad y mortalidad de esta patología y el tratamiento multidisciplinar requieren el conocimiento de su diagnóstico y tratamiento por parte de diferentes profesionales.

El objetivo para evitar el sangrado posparto es la prevención. La identificación de los factores de riesgo puede ser de gran ayuda, pero la profilaxis debe realizarse de forma rutinaria en todos los partos, haya o no factores de riesgo. El manejo activo del trabajo de parto, incluida la administración de uterotónicos, el pinzamiento

temprano y la tracción del cordón umbilical, se considera la forma más eficaz de prevención. Si se produce sangrado posparto a pesar de la prevención, se debe realizar un diagnóstico y una acción inmediata.

En España, la oxitocina es el fármaco de elección, seguida de la metilergonovina y las prostaglandinas como tercera opción. Actualmente, la carbetocina y la sintometrina no se consideran fármacos de primera línea para el tratamiento del sangrado posparto. Lo más importante no es el orden de administración de los medicamentos, sino el inicio rápido de la terapia uterotónica.

6 Bibliografía

1. A Systematic Review of the Relationship between Blood Loss and Clinical Signs.
2. A, Dresner M. Massive obstetric hemorrhage. *Curr Anesth Crit Care* 2005; 16: 181-88.
3. A. Pérez Solaz^{1,a}, R. Ferrandis Comes^{2,a}, J. V. Llau Pitarch^{2,b}, M. J. Alcántara Noalles^{1,a}, A. Abengochea Cotaina^{1,b}, M. Barberá Alacreu^{1,c}, F. 4.J. Belda Nácher², La hemorragia obstétrica. Actualización *Rev. Esp. Anestesiología y Reanimación*. 2010; 57: 224-235).
5. Campelo T, Fraca N, Haya J, Bajo J. Hemorragias del alumbramiento y postparto inmediato. *Fundamentos de obstetricia. SEGO*. 2007.
6. Pahlavan P, Nezhay C, Nezhay C. Hemorrhage in obstetrics and gynecology. *Curr Opin Obstet Gynecol*. 2001; 13(4):419-24.
7. Carbetocina para la prevención de la hemorragia postparto (Revisión Cochrane traducida). *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2012.
8. Cunningham FG, Leveno KJ, et al. *Obstetricia de Williams*, 22ª edición. McGraw-Hill Interamericana, 2006;810-854.
9. Doumouchtsis SK, Papageorgiou AT, Arulkumaran S. Systematic review of conservative management of postpartum hemorrhage: what to do when medical treatment fails. *Obstet Gynecol Surv* 2007; 62(8): 540-7.
10. Efecto del momento de pinzamiento del cordón umbilical en recién nacidos a término sobre los resultados en la madre y el neonato (Revisión Cochrane traducida). *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2013.

Capítulo 28

ENFERMERÍA EN EL CONTROL DEL GRADO DE EXPOSICIÓN A AGENTES CITOSTÁTICOS

BEATRIZ ROSADO TOMÁS

ESTHER RAMOS PAVÓN

REBECA DEL OLMO GONZÁLEZ

MARIA BLANCO SANABRIA

PRADO SANCHEZ FIGUEIRA

1 Introducción

Un medicamento citostático se puede definir como aquella sustancia capaz de inhibir o impedir la evolución de la neoplasia, restringiendo la maduración y proliferación de células malignas, actuando sobre fases específicas del ciclo celular y por ello son activas frente a células que se encuentran en proceso de división. Son un grupo heterogéneo de sustancias de distinta naturaleza química, capaces de inhibir la evolución de la neoplasia disminuyendo la proliferación de células cancerosas.

Estos medicamentos presentan un gran peligro toxicológico ya que poseen propiedades mutagénicas, carcinogénicas, teratogénicas y embriotóxicas, y afectan al manipulador, al paciente y al medio.

Los medicamentos citostáticos se pueden clasificar:

- Según sus efectos farmacológicos: alquilantes, antimetabolitos, antibióticos antitumorales, alcaloides de la Vinca, derivados del Platino.
- Según su agresividad tisular: vesicantes, irritantes, no agresivos.

La manipulación de citostáticos es el conjunto de operaciones que suponen contacto directo con el citostático.

Hay que tener en cuenta que es muy importante que durante la manipulación la enfermera esté bien protegida con un equipo de protección adecuado: gorro, calzas, gafas de protección ocular, mascarilla ffp3, bata impermeable y guantes de nitrilo para manejo de citostáticos.

La exposición de los profesionales de enfermería, en la farmacia hospitalaria, a estos fármacos puede producir efectos sobre su salud. Se debe valorar la existencia de síntomas relacionados con la exposición. Los más habituales suelen ser: náuseas, cefaleas, vómitos, aturdimiento, vértigo, pérdida de cabello, malestar general, hiperpigmentación cutánea, irritación de piel y mucosas, prurito y erupción urticariforme.

2 Objetivos

Exponer medidas de control del grado de exposición a agentes citostáticos en el personal de enfermería de farmacia hospitalaria, destacando el papel del servicio de seguridad y salud laboral.

3 Metodología

Dicho estudio se ha realizado mediante revisión bibliográfica recopilando información sobre el servicio de farmacia hospitalaria de diferentes centros hospitalarios.

Se han consultado artículos en las principales bases de datos: Dialnet, Scielo y Pubmed, además de motores de búsqueda como Google Académico.

Se establece como criterio de inclusión de artículos encontrados: estar escrito en español, ser publicaciones posteriores a 2009, referirse a preparación de citostáticos y enfermería del servicio de farmacia hospitalaria.

4 Resultados

Desde el punto de vista de seguridad y salud laboral, el objetivo principal es la adopción de medidas rigurosas de manejo seguro de estos medicamentos para

disminuís la exposición hasta el mínimo nivel.

Son objetivos de este servicio:

- Instaurar procedimientos de trabajo que sean seguros para los trabajadores del servicio de farmacia hospitalaria, incluyendo los equipos de protección personal necesarios, con el fin de disminuir el riesgo y minimizar la exposición en la medida de lo posible.
- Conocer los riesgos para los trabajadores derivado de la manipulación de fármacos citostáticos y sus residuos en el servicio de farmacia hospitalaria.
- Asegurar la seguridad para el trabajador, el ambiente de trabajo, el medicamento y el paciente.

En relación al manejo seguro de estos medicamentos, se deben seguir las siguientes medidas:

- Centralizar la preparación en los Servicios de Farmacia Hospitalaria. La Unidad Centralizada de Preparación de citostáticos supone un beneficio para el manipulador de este tipo de fármacos, ya que asegura una mayor protección frente a sus efectos potencialmente tóxicos, como para aumentar la calidad asistencial de los pacientes.
- Disminuir la generación de contaminación. El personal debe recibir una adecuada formación sobre manipulación de agentes citostáticos y se debe evaluar periódica del grado de cumplimiento de los procedimientos realizados.

La preparación de citostáticos se debe realizar dentro de una cabina de seguridad biológica. Se utilizarán sistemas cerrados de transferencia de medicamentos.

Estos sistemas impiden tanto la transferencia de contaminantes ambientales al sistema como la liberación al entorno de vapor contaminado o partículas del fármaco.

- Tratamiento adecuado de eliminación y destrucción de los residuos generados durante la preparación de citostáticos.
- Minimizar la exposición del personal: minimización de la contaminación ambiental y de la utilización de material específico de protección.
- Reconocimientos médicos periódicos para la monitorización biológica de exposición. Los reconocimientos médicos de los manipuladores de citostáticos deberán realizarse:

1. Al inicio laboral en en servicio de farmacia hospitalaria, tras su incorporación al puesto o tras una ausencia prolongada.
2. Periódicamente durante la vida laboral en dicho puesto de trabajo.

Tras una exposición accidental.

3. En el momento de dejar el puesto trabajo de manipulación.

El protocolo y reconocimiento médicos incluirá la historia laboral, la clínica y

exploraciones específicas como el control biológico mediante analítica y otras pruebas complementarias.

La vigilancia de la salud está regulada por la Ley de Prevención de Riesgos Laborales en su artículo 22, que considera obligatorios los reconocimientos de los manipuladores de fármacos citostáticos

5 Discusión-Conclusión

Tras realizar un estudio del servicio de farmacia en diferentes centros hospitalarios podemos llegar a la conclusión de que la manipulación de medicamentos citostáticos supone un riesgo para la salud del personal de enfermería debido a las características carcinógenas y mutagénicas de estas sustancias.

Esto obliga a la adopción de unos niveles máximos de prevención para que la exposición sea la mínima posible.

Dentro de la protección sanitaria de los trabajadores frente a la exposición a citostáticos, siempre existe algún grado de riesgo, independiente del nivel de exposición.

Es muy importante que dichos profesionales sean valorados por salud laboral de forma periódica para poder estudiar el nivel de exposición a estos agentes. Por lo tanto, la vigilancia médica debe formar parte de los procedimientos propios de prevención laboral frente a la exposición a citostáticos.

6 Bibliografía

1. Agentes químicos en el ámbito sanitario. Escuela Nacional de Medicina del Trabajo (ENMT). Instituto de Salud Carlos III. Ministerio de Ciencia e Innovación. Madrid. 2010. Pascual del Río, Jorge. Coordinador.
2. Manual de normas y procedimientos de la Unidad de Citostáticos. Servicio de Farmacia Hospital de San Pedro (Logroño). Alfaro Olea A., Apiñaniz Apiñaniz R., Barajas Santos M.T., Hurtado Gomez M.F., Obaldia Alaña M., C.Sainz de Rozas Robles C., Torroba Terroba J.I. 3ª edición 2010.
3. RD 665/1997 de 12 de mayo, sobre la protección de los trabajadores contra los riesgos relacionados con los agentes cancerígenos durante el trabajo. Modificado por RD 1124/2000, de 16 de junio, y RD 349/2003, de 21 de marzo.
4. RD 374/2001 de 6 de abril sobre la protección de la salud y seguridad de los trabajadores contra los riesgos relacionados con los agentes químicos durante el trabajo.

Capítulo 29

ENFERMERÍA EN PACIENTE CON GLIOBLASTOMA MULTIFORME

BEATRIZ ROSADO TOMÁS

ESTHER RAMOS PAVÓN

REBECA DEL OLMO GONZÁLEZ

MARIA BLANCO SANABRIA

PRADO SANCHEZ FIGUEIRA

1 Introducción

El glioblastoma o glioblastoma multiforme (GBM) es uno de los tumores gliales más malignos y más frecuentes que existen en la actualidad. Este tipo de tumor lo podemos clasificar en dos categorías, primarios y secundarios.

Los primarios son aquellos que suelen aparecer en personas mayores de 50 años y se manifiestan sin evidencia clínica ni lesión maligna mientras que los secundarios se desarrollan en pacientes cuya edad suele ser inferior a 45 años. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) tienen origen genético.

Este tipo de enfermedad (GBM) es más común en personas blancas que en personas de África, Asia o Latinoamérica.

Tanto los primarios como los secundarios, se localizan en la sustancia blanca subcortical de los hemisferios cerebrales, siendo la zona frontotemporal la más frecuente y el tronco cerebral la menos frecuente, aunque la presentación clínica

en pacientes que presentan GBM puede variar en función de donde se localice el tumor.

El diagnóstico del glioblastoma multiforme (GBM) se realiza por medio de imagen y corre a cargo del radiólogo y este debe saber las principales manifestaciones que se presentan en este tipo de tumor para ser abordado lo antes posible ya que se propaga muy rápidamente y los pacientes acaban muriendo sino se les diagnostica a tiempo.

2 Objetivos

Conocer a través de un caso clínico la peligrosidad del glioblastoma o glioblastoma multiforme (GBM) por parte del equipo de enfermería.

3 Caso clínico

Mujer de 50 años de edad, administrativa, casada y con dos hijos de 25 y 30 años de edad respectivamente, con antecedentes de parálisis facial, migrañas y episodios de depresión.

Un día tras salir de su trabajo acude al Servicio de Urgencias de un Hospital Andaluz por cefalea, además en la exploración neurológica realizada a María Jesús se le observan secuelas de su parálisis facial. Se le hizo una tomografía computarizada de cráneo hallando un proceso expansivo que ocupaba la hemifosa posterior derecha. La lesión tenía un componente sólido que se podía observar con el contraste aplicado al paciente.

También se le hizo una resonancia magnética cerebral que confirmó el diagnóstico de la tomografía computarizada, en la cual se encontró una lesión de 5 cm localizada en el hemisferio cerebeloso derecho.

Tras ser diagnosticado, se intervino realizando una extirpación total del tumor, teniendo una evolución postoperatoria eficaz y quedando la paciente prácticamente asintomática.

Una vez dada de alta se le mandó a la paciente varias secciones de quimioterapia compaginadas con algunas de radioterapia con el propósito de eliminar algunos restos que quedaron después de la intervención quirúrgica y se le dio cita para verla dentro de dos meses en consulta.

En la revisión realizada a los dos meses, se observaron unos restos de tumoración, con lo que se le pautó varias secciones más de radioterapia con el objetivo de eliminarlo de forma definitiva y se le citó para dentro de cuatro meses.

A los cuatro meses se le realizó una tomografía computarizada y una resonancia magnética con el propósito de ver cómo había respondido al tratamiento y se observó que no quedaban restos del glioblastoma multiforme (GBM) en la paciente.

4 Discusión-Conclusión

El paciente con glioblastoma no sobrevive más de 15 meses después del diagnóstico.

El glioblastoma es el tumor cerebral más agresivo y común. Si tuviera que describirlo en tres adjetivos sería: inoperable, resistente al tratamiento y siempre fatal.

Por tanto, según estudios epidemiológicos, su impacto en la mortalidad es muy grande, afectando aproximadamente a 3 personas de cada 100.000 habitantes cada año por este tumor. Ocurre con mayor frecuencia entre los 45 y los 70 años. Su tratamiento consistió en cirugía con radiación y quimioterapia.

El análisis retrospectivo de 48.652 casos en la National Cancer Database de Estados Unidos desde enero de 2004 hasta diciembre de 2009 presenta a 2.249 pacientes con glioblastoma que sobrevivieron al menos cinco años después del diagnóstico. Los que lograron la supervivencia a cinco años, la duración mediana de la supervivencia fue de 88 meses. Los que no pudieron sobrevivir cinco años tenían una mediana de supervivencia de solo siete meses.

5 Bibliografía

1. Glioblastoma - Descripción general - Mayo Clinic [Internet]. Mayo-clinic.org. 2021 [cited 10 May 2021]. Available from: <https://www.mayoclinic.org/es-es/diseases-conditions/glioblastoma/cdc-20350148#:text=El%20glioblastoma%20tambi%C3%A9n%20se%20conoce,proporcionan%20apoyo%20a%20las%20neuronas>.
2. Glioblastoma - Wikipedia, la enciclopedia libre [Internet]. Es.wikipedia.org. 2021 [cited 10 May 2021]. Available from: <https://es.wikipedia.org/wiki/Glioblastoma>.
3. Glioblastoma | Síntomas, diagnóstico y tratamiento | CUN [Internet]. Cun.es. 2021 [cited 10 May 2021]. Available from: <https://www.cun.es/enfermedadestratamientos/enfermedades/glioblastoma-multiforme>.
4. ASALE R. diccionario | Diccionario de la lengua española [Internet]. «Diccionario de la lengua española» - Edición del Tricentenario. 2021 [cited 10 May 2021]. Available from: <https://dle.rae.es/diccionario>.

Capítulo 30

MATRIZ DE PRIORIDADES COMO HERRAMIENTA QUE AYUDA A IDENTIFICAR PROBLEMAS DE SALUD PREVALENTES EN UNA COMUNIDAD

ANA YESICA FERNÁNDEZ MENÉNDEZ

INMACULADA GARCIA FERNANDEZ

LUCIA MARTINEZ ARIAS

1 Introducción

El desarrollo de una sistemática de priorización integral, basada en criterios estratégicos para la toma de decisiones sobre asignación de prioridades, que abarquen los distintos aspectos que pueden ser relevantes para establecer el valor añadido de las tecnologías, se estima clave para identificar aquellos temas de mayor importancia, evitando de esta manera la dispersión de esfuerzos en evaluaciones de poco impacto.

La matriz de prioridades se entiende mas que como un método de calidad, sino se define como una herramienta de gestión para poder determinar cuáles son los problemas claves y evaluar las alternativas. En el ámbito sanitario esto parece fundamental al fin de identificar temas importantes y destinar recursos para desarrollar la mejoras en los problemas reales de la salud de la comunidad, tiempo a aquellos con poco impacto. La investigación en herramientas de gestión es también fundamental para conseguir mejor manejo de los recursos, entre ellos un

pilar fundamental es la formación de profesionales en todos estos ámbitos. Así les permitirá avanzar conseguir mayor compromiso e implicación de los profesionales con estas herramientas. Para todo ello es necesario un compromiso de la administración con este tipo de gestión, que permite a largo plazo una mejor redistribución de los recursos.

2 Objetivos

Describir la aplicación práctica de la matriz de prioridades con aplicación práctica en un problema de salud de una comunidad.

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

1. Identificar los principales problemas de manera genérica.
¿Cuál es el problema de salud más prevalente de la población asturiana?
Enfermedades cardiovasculares, cáncer y diabetes mellitus.
2. Formular en una frase el problema central.
Reducir la incidencia de ingresos por problemas cardiovasculares de la población asturiana.
3. ¿Cuáles son las causas del problema central?
Falta de prevención desde atención primaria.
Falta de educación de la población en hábitos de vida.
Envejecimiento de la población.
Falta de seguimiento a pacientes crónicos.
Mala adherencia terapéutica pacientes polimedicados.
4. ¿Cuáles son los efectos provocados por el problema central?
Aumento de los ingresos por causas cardiovasculares.

Aumento de las técnicas intervencionistas para solucionar las patologías.
Aumento de los costes.
Aumento de las secuelas en la población de mediana edad.
Merma en la calidad de vida y expectativa de vida de la población asturiana a largo plazo.
Pérdida de productividad y población activa para la sociedad asturiana por las secuelas e incapacidades.
Aumento de pacientes crónicos con sobrecarga para el sistema.
Aumento de la morbilidad en los pacientes crónicos.

5. Identificar las opciones o soluciones resultantes.

Refuerzo de atención primaria para una adecuada prevención.
Creación de enfermera de casos para control del alta hospitalaria.
Creación de grupo de pacientes como red de apoyo y empoderamiento.
Grupos de rehabilitación pos-alta hospitalaria.

6. Elaboración de criterios de selección.

Valorar la viabilidad según personal disponible, dotación presupuestaria, logística para desarrollarlo recursos humanos disponibles, infraestructuras.
Motivación de lo profesionales para mayor implicación.

7. Ponderar los criterios.

Una vez enumerado los listados se puntuaran para ver aquellos con mas viabilidad.
Y se aplicara mayor puntuación aquellos mas factibles, medible y accesibles.
Distribuir la ponderación de cada objetivo de acuerdo a la factibilidad de los mismos.

5 Discusión-Conclusión

No es un sistema de calidad, es una herramienta de gestión.
Se trata una herramienta practica para priorizar problemas de salud.
Es una herramienta útil si se aplica adecuadamente para determinados problemas de salud.
Debemos conseguir implicación de todas las instituciones, administraciones publicas, motivación de profesionales, grupos de pacientes activos.
Aumentar la motivación y la formación de los profesionales en herramientas de gestión para conseguir mayor implicación de los mismos.
Favorecer y desarrollar el autocuidado de los pacientes.

Dotar a los profesionales del tiempo y medio necesarios para poder hacer estrategias de priorización de problemas de salud en la comunidad.

6 Bibliografía

1. Abriata G, Bardachar E, Barbieri A. Metodologías de fijación de prioridades en la selección de investigaciones. Informe final académico | Beca Carrillo – Oñativia 2006.

Capítulo 31

IMPORTANCIA DE LA DIETA EN PACIENTES OBESOS

CRISTINA BUGALLO PEREZ

1 Introducción

La obesidad es un exceso de grasa corporal que provoca un aumento de peso en relación al que le correspondería a una persona en función de variables como la talla, la edad y el género. Se trata de un problema de salud pública que afecta a un porcentaje elevado de la población accidental y provoca un aumento de la morbimortalidad de los individuos que la padecen.

La obesidad provoca varios tipos de problemas: metabólicos (diabetes, dislipemia, hipertensión arterial (HTA), enfermedades cardiovasculares, etc.), motores (artrosis de rodilla, cadera y tobillo) y psicológicas (debido a la discriminación que sufren en una sociedad donde el físico es muy importante y el prototipo imperante de éxito es una figura delgada).

La causa de la obesidad es, en un porcentaje elevado, un balance energético positivo que puede ser debido a factores como: los energéticos, los ambientales, los psíquicos, los endocrinos y los debidos a algunos medicamentos. Algunas obesidades están relacionadas con factores genéticos, aunque parece ser que estos no son suficientes para que aumente la reserva de grasa, ya que existen otros factores de tipo ambiental. Algunos de estos factores ambientales son:

- Un aumento de la ingesta calórica y el consiguiente exceso de energía.
- La reducción de la actividad física. El sedentarismo contribuye a mantener positivo el balance energético en el caso de que haya un exceso de calorías en nuestra dieta.

- Los malos hábitos alimentarios. El consumo de alimentos refinados, la escasez de legumbres, frutas y verduras en nuestra dieta habitual, así como el exceso de alimentos de origen animal, favorecen la aparición de la obesidad.

Para saber la desviación del peso de la persona obesa respecto al peso que le correspondería, se pueden utilizar diferentes métodos, pero el índice de Quetelet o índice de Masa Corporal (IMC) basado en la relación peso/talla es reconocido como el de referencia internacional:

$$\text{IMC} = \text{Peso (en kg)} / \text{Talla (en m)}^2.$$

Cuando hay un acumulo importante de grasa en el abdomen la denominaremos androide (frecuente en hombres) y cuando se acumula en la zona femoroglútea, la llamaremos ginoide (frecuente en mujeres).

Se utiliza la medición de circunferencias para conocer el patrón de distribución de la grasa corporal; una de ellas es el índice de cintura/cadera (índice c/c). Debe realizarse con el paciente de pie y tomando como referencia las siguientes estructuras óseas: para la circunferencia de la cintura, mediremos el punto medio entre la espina iliaca anterosuperior y el margen costal inferior y para la circunferencia de la cadera mediremos la mayor circunferencia existente a la altura de los trocánteres. Dividiendo los dos parámetros se obtiene el riesgo cardiovascular según la distribución de grasa corporal.

Observamos un aumento del riesgo en los hombres cuando el valor es >1 , y en las mujeres cuando el valor es >0.85 .

2 Objetivos

Dar a conocer los diferentes factores que ocasionan la obesidad, así como las intervenciones de enfermería que se pueden llevar a cabo a nivel de la dieta de estos pacientes y su posterior aplicación en la vida diaria de los mismos.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación rigurosa en forma de revisión bibliográfica en la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline y Scielo, seleccionando artículos con contenidos relacionados con el tema que se expone en el capítulo.

Palabras clave: dieta, obesidad, IMC, hábitos alimentarios y enfermería.

4 Resultados

La actuación sanitaria variará dependiendo del grado de sobrepeso u obesidad del paciente:

- Normopeso (IMC 18.5 – 24.9):

En este caso no estaría justificada una reducción de peso, puesto que no existe un riesgo para la salud debido a un exceso de grasa corporal. Podemos educar al paciente sobre que es una alimentación equilibrada para que consiga mantener un peso estable, sobre la realización de ejercicio físico regular y sobre la aceptación del propio cuerpo. No demos dejarnos presionar por las modas imperantes, aunque tampoco podemos ignorarlas: es preferible educar, que ignorar la petición del paciente, ya que no lo hacemos, es posible que intente adelgazar mediante otros métodos que, lo más probable es que prescriban dietas desequilibradas.

- Sobrepeso grado I (IMC 25 – 26.9):

Debemos educar al paciente sobre que es una alimentación equilibrada y sobre los beneficios de las prácticas de ejercicio físico regular. A este paciente debemos realizarle controles clínicos periódicos para detectar precozmente alteraciones que puedan surgir.

- Sobrepeso grado II (IMC 27 – 29.9):

En esta franja de IMC es en la que se encuentra aproximadamente el 20 % de la población española y donde empieza a observarse un ligero incremento de la comorbilidad y mortalidad. Si no existe obesidad central ni factores de riesgo asociados (HTA, diabetes, dislipemias, etc.) y el peso se mantiene estable, podemos limitarnos a educar al paciente sobre la alimentación equilibrada y sobre los beneficios de la práctica de ejercicio físico regular. Pero si alguna de las condiciones indicadas anteriormente está alterada, el paciente debe ser tratado para reducir su peso corporal un 5-10 % en un plazo de 6 meses y mantener el peso estable. Para conseguir este objetivo utilizaremos medidas dietéticas, intentaremos que el paciente aumente la actividad física y modificaremos las conductas que mantienen el sobrepeso.

- Obesidad tipo I (IMC 30 – 34.9):

En este tipo de pacientes es frecuente la aparición de los factores de riesgo aso-

ciados ya mencionados, por lo que deben ser tratados adecuadamente. Además, el objetivo es la reducción del 10% del peso corporal, en un plazo de 6 meses (y mantenerlo estable), utilizando medidas dietéticas, incrementando la actividad física del paciente, modificando conductas que mantienen el sobrepeso y, si se estima conveniente, también se pueden utilizar fármacos.

- Obesidad tipo II (IMC 35 – 39.9):

El riesgo para la salud es elevado y la calidad de vida puede estar disminuida. La estrategia a seguir es similar a la anterior, aunque debe intentarse una pérdida de peso superior al 10 %. Si no se consigue en un plazo de 6 meses y el paciente presenta una comorbilidad importante, debe ser remitido a una unidad de hospitalización especializada para que le sean aplicadas otras medidas terapéuticas, como las dietas de muy bajo contenido calórico o la cirugía bariátrica.

- Obesidad tipo III (Morbida, IMC 40 – 49.9) y tipo IV (extrema, IMC >50):

Este peso suele producir graves problemas para la salud y para la calidad de vida del paciente. Una pérdida estable del 10 % de peso (difícil de obtener), puede representar una mejoría notable, pero no suficiente. El objetivo ideal sería la pérdida de un 20-30 % del peso corporal (este porcentaje sería mayor en casos de obesidad extrema), cosa que solo podría conseguirse, salvo en raras ocasiones, mediante la cirugía bariátrica. Estos pacientes deben remitirse a unidades hospitalarias especializadas para realizar un tratamiento adecuado.

Una vez hemos llegado a la conclusión de que la persona tiene un sobrepeso tipo II o es obesa grado I o II (sin complicaciones), deberemos averiguar la motivación que tiene el paciente para adelgazar, así como los intentos anteriores (número y éxito alcanzado), años de evolución de la obesidad y los factores que la desencadenaron.

Si vemos a la persona suficiente motivada para perder peso, pasaremos al punto siguiente. En caso contrario, deberemos dar una educación sanitaria sobre los problemas que puede tener la persona a corto, medio y largo plazo debido a su exceso de peso (sin asustarla).

Si la persona no está motivada para intentar disminuir su peso corporal, las medidas que recomendamos tienen muchas posibilidades de fracasar. Hay dos puntos fundamentales en el tratamiento de la obesidad: la mejora en los hábitos alimenticios y el incremento de la actividad física.

Realizaremos una encuesta alimentaria para conocer los alimentos que consume

habitualmente. También debemos conocer sus hábitos, costumbres, horarios y preferencias alimentarias. Para realizar esta tarea, podemos utilizar un cuestionario de frecuencia de consumo de alimentos, así conoceremos los alimentos que mas consumo, y un registro de 24 horas para hacer una estimación del consumo total calórico diario. Es interesante que el paciente haga 3 registros de 4 horas, correspondiendo 2 registros a 2 días a elegir entre lunes y viernes y el restante correspondiente al fin de semana, para comprobar si hay una mayor ingesta.

Averiguar el tipo de actividad física que realiza la persona, ya sea la actividad física cotidiana (trabajo, subir escaleras, la distancia casa-trabajo, como la realiza) o ejercicio físico regular. Con los datos de los que disponemos, podemos elaborar una dieta que debe adaptarse, en la medida que sea posible, a los gustos del paciente.

Aconsejamos que en la dieta propuesta se puedan hacer variaciones entre alimentos del mismo grupo y en cantidades adecuadas para mantener la misma aportación cuantitativa y cualitativa. Debemos tener presente que la dieta hipocalórica prescrita sea equilibrada y aporte todos los nutrientes necesarios para el correcto funcionamiento del organismo. Por ello, no aconsejamos una dieta inferior a 1200 kcal/día si no es estrictamente necesario (deberían darse suplementos vitamínicos y minerales).

El numero de kcal que debería aportar la dieta debe calcularse en base a las kcal que diariamente toma el paciente. Una vez calculadas las calorías diarias, debemos reducir en un 30 % o en 600 kcal el total calórico. La dieta equilibrada y repartir, aproximadamente las aportaciones totales de la siguiente manera: un 55 % deben ser hidratos de carbono, un 30 % lípidos (con un máximo del 10% de ácidos grasos saturados) y un 15 % de proteínas (mejor las de alto valor biológico y débil valor calórico, como de la leche).

Fraccionar la dieta en 4 o 5 ingestas para evitar la sensación de estomago vacío y la tentación de picar. Aconsejar la reducción/eliminación de la dieta de las bebidas alcohólicas y bebidas refrescantes debido a su alto contenido calórico y asegurar una ingesta de 1.5 a 2 litros de agua.

Educar al paciente sobre que es una dieta equilibrada, ya que esto le dará más autonomía a la hora de confeccionar sus menús diarios. Debemos pactar con el paciente la pérdida de peso a alcanzar. Ha que ser realistas. Debemos fijarnos objetivos pequeños, como la pérdida de peso de 0.5 kg semanal un objetivo final,

el peso final que debe alcanzar, que hará disminuir los factores de riesgo para la salud del obeso.

Realizaremos controles periódicos de peso para ver la evolución del paciente y resolver las dudas o problemas que pudieran surgir. En un principio se aconseja visitas cada 15 días, para después ir espaciándolas según la evolución.

El apoyo psicológico es muy importante para estos pacientes. Reforzar pequeños logros como el incremento de la actividad física, el abandono de algún hábito nocivo para la salud (fumar o picar entre horas), aumentaran la motivación del paciente y le ayudará a seguir adelante.

5 Discusión-Conclusión

Como podemos concluir con la lectura de este capítulo la obesidad es un exceso de grasa corporal que provoca aumento de peso en relación al que le correspondería según su talla, edad y género. La obesidad es un factor de riesgo de numerosas enfermedades como la diabetes, las dislipemias, la HTA, la artrosis, etc. Por lo tanto, es una enfermedad con graves consecuencias y que conlleva un enorme gasto económico sanitario.

El tratamiento consiste en la adquisición de unos hábitos alimentarios equilibrados y la práctica de ejercicio físico. Es fundamental el control de la evolución del paciente por parte de enfermería.

6 Bibliografía

1. World Health Organization. WHO. Obesidad y sobrepeso [Internet] Ginebra, Suiza; 2021 [Actualizado 9 de Junio 2021; Citado 11 de marzo de 2022] Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight>.
2. Aznar Laín S, Webster T, Merino Merino B, González Briones E, López Chicharro J. Actividad física y salud en la infancia y la adolescencia. Guía para todas las personas que participan en su educación. Ministerio de Sanidad y Consumo [Internet]. 2006 [Citado 11 de marzo de 2022] Disponible en: <https://www.sanidad.gob.es/en/ciudadanos/proteccionSalud/adultos/actiFisica/docs/ActividadFisicaSaludEspanol.pdf>.
3. Rodrigo-Cano S, Soriano del Castillo J.M, Merino-Torres J.F. Causas y tratamiento de la obesidad. Obesity's causes and treatment. Nutrición clínica y di-

- etética hospitalaria [Internet] 2017. [Actualizado 23 de noviembre de 2017, Citado 11 de marzo 2022]. Disponible en: <https://revista.nutricion.org/PDF/RCANO.pdf>.
4. López-Jiménez F, Cortés-Bergoderi M. Obesidad y corazón. Revista Española de Cardiología [Internet]. Febrero 2011. [citado 11 de marzo 2022] Disponible en: <https://www.revespcardiol.org/es-obesidad-corazon-articulo-S0300893210000667>.
5. Arrizabalaga J, Masmisquel L, Vidal J, Calañas-Contiente A, Díaz-Fernández M, García-Luna P, et al. Recomendaciones y algoritmo de tratamiento del sobrepeso y la obesidad en personas adultas. Sociedad Española de Endocrinología y Nutrición [Internet]. 2014. [Citado 11 de marzo 2022]. Disponible en: https://www.seedo.es/images/site/documentacionConsenso/Consenso_SEENMed_Clin2004.pdf.
6. García Milian A.J, Creus García E.D. La obesidad como factor de riesgo, sus determinantes y tratamiento. Obesity as a risk factor, it's determinants and treatment. Escuela Nacional de Salud Pública. La Habana, Cuba [Internet] 2016. [Internet] [Citado 11 de marzo 2022]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252016000300011.

Capítulo 32

DIETA EN PACIENTES CON VIRUS DE LA INMUNODEFICIENCIA HUMANA (VIH)

CRISTINA BUGALLO PEREZ

1 Introducción

El síndrome de la inmunodeficiencia adquirida (SIDA), es actualmente un problema de salud a nivel mundial. El SIDA es un síndrome que incluye diversos trastornos y patologías que se producen como consecuencia de la alteración del sistema inmunitario, provocado por el VIH.

La infección por VIH produce una alteración de la función de los sistemas inmunitarios, déficit nutricional y progresiva pérdida de peso. Aunque el curso de la infección por VIH es variable son comunes las manifestaciones asociadas a la alteración del estado nutricional.

Mantener un estado nutricional óptimo es fundamental desde el inicio del diagnóstico, nos ayudara a prevenir las consecuencias de la malnutrición: alteración del sistema inmunitario, deterioro de la reposición de tejidos lesionados, menor tolerancia y respuesta a los tratamientos. El descenso de peso involuntario e inexplicable representa uno de los signos iniciales más comunes asociados al diagnóstico del SIDA. El término de “wasting síndrome” o “síndrome de desgaste” ha sido incluido junto con el sarcoma de Kaposi, la neumonía por pneumocytis carinii y encefalopatía por VIH; en la clasificación de conjunto de condiciones indicadoras del SIDA.

El diagnóstico del WS (Wasting Syndrome), se define como una situación en que la pérdida de peso involuntario es $>10\%$ del peso habitual.

2 Objetivos

Dar a conocer las necesidades nutricionales de los pacientes con VIH, así como las recomendaciones que podemos realizar a nivel sociosanitario para mejorar su calidad de vida y su esperanza de vida.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación rigurosa en forma de revisión bibliográfica en la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline y Scielo, seleccionando artículos con contenidos relacionados con el tema que se expone en el capítulo.

Palabras clave: dieta, VIH, paciente, hábitos alimentarios, enfermería y salud.

4 Resultados

Desde la Atención Primaria hemos de registrar en el historial clínico los siguientes parámetros que nos permitirán identificar los pacientes con riesgo de desnutrición.

- Historia dietética general. Valorar los hábitos nutricionales anteriores y actuales a la enfermedad para poder detectar las causas de la reducción de ingesta habitual (anorexia, disfagia, cambios gustativos, náuseas y vómitos e intolerancias digestivas secundarias a la medicación).
- Medición antropométrica. El peso y la talla nos permitirá comparar en el tiempo la evolución de la pérdida de peso corporal. Se estima que la pérdida del mismo en un 10% en 3 meses o 5% en un mes es signo de desnutrición.
- Perímetro braquial. Medida indirecta de la masa muscular. Una reducción superior a 2cm en 3 meses o 1cm en 1 mes, nos puede indicar una desnutrición proteica severa.
- Pruebas analíticas. Indicadores bioquímicos.
- Albúmina sérica. En la valoración del estado proteico del paciente, es un dato importante. Una hipoalbuminemia indica unos balances nitrogenados negativos de

varias semanas de evolución (la vida media es de 20 días); en casos de valoración de cambios bruscos en el estado nutricional no es útil.

- Prealbúmina, transferrina y proteína ligadora de retinos. Son parámetros que nos pueden indicar con mayor precocidad variaciones en el estado nutricional del enfermo.

- Las proteínas totales. No son un buen indicador debido a que los valores pueden estar enmascarados por un incremento de gammaglobulina.

Dentro de las proteínas de vida media corta podemos incluir a las de fase aguda, como la proteína C reactiva, marcadora precoz de inflamación, la alfa 1-glicoproteína y la fibropectina.

Importante observar hemograma, para la posible detección de anemias anormales de glóbulos rojos como consecuencia de deficiencias de Fe, vitamina B12 y B6, deficiencia muy frecuente en este tipo de pacientes.

En tratamientos con antirretrovirales también es importante los valores del colesterol total, HDL, LDL y TAG para observar el perfil lipídico y glucemia (detección de intolerancia a la glucosa y diabetes).

Dentro de la educación al paciente para que lleve una alimentación equilibrada, es necesario desarrollar las habilidades y conocimiento en la modificación de la dieta en situaciones especiales, revisión del plan de medicación y su interacción con los alimentos, información sobre el refuerzo en la alimentación en los periodos de infección oportunistas y establecer un programa de ejercicio físico individualizado.

5 Discusión-Conclusión

La infección por VIH trae consigo el deterioro inmunológico, un importante déficit nutricional y una progresiva pérdida de peso.

Mantener un estado nutricional óptimo es importante desde el primer momento del diagnóstico para hacer frente a la enfermedad. Con ello prevenimos y disminuimos los problemas oportunistas derivados de una mala nutrición, (anorexia: alteración anímica, o secundaria debida a fármacos, infecciones); errores alimenticios: (dieta basada en escaso valor nutritivo); disfagia, candidiasis orofaríngea, úlceras, periodontitis; trastornos de la deglución: (disminución de la absorción debido a diarreas, problemas gastrointestinales).

Es importante mantener una dieta equilibrada y que proporcione energía adecuada, proteínas, vitaminas y minerales que mejorará la situación inmunitaria.

6 Bibliografía

1. American Cancer Society. ¿Qué es el VIH y qué es el SIDA? [Internet] 2014. [Actualizado 10 de agosto de 2014; Citado 15 de marzo de 2022] Disponible en: <https://www.cancer.org/es/cancer/causas-del-cancer/agentes-infecciosos/infeccion-con-vih-sida/que-es-vih-y-sida.html>.
2. Maya A, Segovia S, Madrigal, Abrego I, Salas-Alanis J.C. Sarcoma de Kaposi en región oral y maxilofacial, una neoplasia olvidada. Kaposi's sarcoma un the oral and maxilofacial region: a forgotten neoplasia. Scielo. 2018. [Citado 16 de marzo de 2022] Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1130-05582018000100022.
3. Herrero Álvarez M, Moráis López A.B, Pérez Macarrilla J.D. Valoración nutricional en Atención Primaria, ¿Es posible? Scielo. 2011. [Citado 15 de marzo de 2022]. Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1139-76322011000200009.
4. HIVinfo. NIH.gov. El VIH, la nutrición y la seguridad alimentaria. 2021 [Citado 15 de marzo de 2022]. Disponible en: <https://hivinfo.nih.gov/es/understanding-hiv/fact-sheets/el-vih-la-nutricion-y-la-seguridad-alimentaria>.
5. Polo, R, Gómez-Candela C, Miralles C, Locutura J, Álvarez, J, et al. Ministerio de Sanidad y Consumo. Recomendaciones de SPNS/GEAM/SENPE/AEDN/SEDCA/GESIDA sobre nutrición en el paciente con infección por VIH. [Citado 15 de marzo de 2022] Disponible en: https://www.sanidad.gob.es/ciudadanos/enfLesiones/enfTransmisibles/sida/docs/Recomendaciones_Sobre_Nutricion_en_VIH_nueva.pdf.
6. Centros para el control y la prevención de enfermedades. ¿Puede el VIH afectar mi alimentación y nutrición? 2021. [Citado 15 de marzo de 2022]. Disponible: <https://www.cdc.gov/hiv/spanish/basics/livingwithhiv/healthy-living.html>.

Capítulo 33

DIETA PREVENTIVA DEL CÁNCER

CRISTINA BUGALLO PEREZ

1 Introducción

El cáncer es la segunda causa de muerte en los países desarrollados, después de las enfermedades cardiovasculares. A través de los registros del cáncer de las diferentes provincias españolas, se ha establecido una incidencia en los últimos años de 250 casos por cada 100.000 habitantes/año.

Aunque existe una implicación de factores genéticos, los factores medioambientales son lo que determinan de forma más directa el cáncer.

A través de estudios epidemiológicos y experimentación animal se ha podido establecer una relación entre algunos tipos de cáncer y determinados hábitos de vida (tabaquismo, exposición a contaminantes, etc.). Otros factores alimentarios, vitaminas como A, C, E, Selenio, Zn, Fe, Yodo, proteínas, actúan como antioxidante. Consumir una dieta rica en frutas, verduras, y granos enteros. Comer al menos 2 ½ tazas (300 gramos) de frutas y verduras al día. Reducir el consumo de carnes procesadas, ahumadas, curadas con nitrito y alimentos preservados con sal; dar preferencia a las proteínas vegetales. Consumir una dieta rica en frutas, verduras, y granos enteros. Comer al menos 2 ½ tazas (300 gramos) de frutas y verduras al día. Reducir el consumo de carnes procesadas, ahumadas, curadas con nitrito y alimentos preservados con sal; dar preferencia a las proteínas vegetales.

2 Objetivos

Dar a conocer las directrices a llevar a cabo en una dieta preventiva contra el cáncer, así como hacer recomendaciones nutricionales a la población general.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación rigurosa en forma de revisión bibliográfica en la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline y Scielo, seleccionando artículos con contenidos relacionados con el tema que se expone en el capítulo.

Palabras clave: dieta, cáncer, prevención, paciente, hábitos alimentarios, enfermería y salud.

4 Resultados

El personal sanitario debe asumir programas encaminados a la educación y mejora de la nutrición y salud de la comunidad. Hemos de tener como objetivo que la educación sanitaria sea una herramienta útil en la corrección de malos hábitos adquiridos en la población y que sirva para inculcar los buenos hábitos de la infancia.

Hemos de aconsejar la disminución de calorías, reduciendo el consumo de glúcidos, reduciendo el exceso de consumo de carne y alcohol. Se ha de aumentar el consumo de cereales, legumbres y frutas.

Las grasas se deberían reducir a 100 g/día y aumentar a 30 g/día la fibra según el Instituto Nacional del Cáncer de EEUU, esto podría reducir la mortalidad del cáncer en un 10-15 %

Aumentar el consumo de alimentos ricos en fibra. Es recomendable el consumo de alimentos ricos en fibra. Es recomendable de 25-30g de fibra al día. Una dieta rica en fibra protege al organismo de cánceres de colon, estómago y posiblemente contra el de mama. Es conveniente ingerir legumbres (judías blancas, garbanzos, guisantes), cereales (salvado, pan integral, harina de trigo integral), verduras (espinacas, berros, cebolla), frutos secos (higos, dátiles, ciruelas y todas las pieles de la fruta).

Consumir bebidas alcohólicas con moderación. No es recomendable sobrepasar los 30 g diarios de alcohol en los hombres y los 20 g en mujeres. Los cánceres de cavidad oral, faringe, laringe, esófago, hígado, y del intestino delgado y grueso, están relacionados con el consumo excesivo de alcohol. 30 g de alcohol corresponden a:

- 2 cervezas mediana.

- 3 copas de casa.
- 3 vasos de vino.
- 1 copa de licor (combinados, coñac o whisky).

El personal sanitario debe asumir programas encaminados a la educación y mejora de la nutrición y salud de la comunidad. Hemos de tener como objetivo que la educación sanitaria sea una herramienta útil en la corrección de malos hábitos adquiridos en la población y que sirva para inculcar los buenos hábitos de la infancia.

Hemos de aconsejar la disminución de calorías, reduciendo el consumo de glúcidos, reduciendo el exceso de consumo de carne y alcohol. Se ha de aumentar el consumo de cereales, legumbres y frutas.

Las grasas se deberían reducir a 100 g/día y aumentar a 30 g/día la fibra según el Instituto Nacional del Cáncer de EEUU, esto podría reducir la mortalidad del cáncer en un 10-15 %.

Aumentar el consumo de alimentos ricos en fibra. Es recomendable el consumo de alimentos ricos en fibra. Es recomendable de 25-30 g de fibra al día. Una dieta rica en fibra protege al organismo de cánceres de colon, estómago y posiblemente contra el de mama. Es conveniente ingerir legumbres (judías blancas, garbanzos, guisantes), cereales (salvado, pan integral, harina de trigo integral), verduras (espinacas, berros, cebolla) y frutos secos (higos, dátiles, ciruelas y todas las pieles de la fruta).

- Consumir bebidas alcohólicas con moderación. No es recomendable sobrepasar los 30 g diarios de alcohol en los hombres y los 20 g en mujeres. Los Mínimo consumo recomendado: 5 raciones de frutas y verduras cada día, siendo preferible que dos raciones de ellas sean cítricos. No solo por la fibra, sino porque tiene la capacidad de bloquear la oxidación excesiva causada por los radicales libres.

Consumir productos ricos en antioxidantes. Entre los que destacan las vitaminas A, C y E, Selenio, Zn, Fe, Yodo.

- El brécol, zanahorias, coliflor, col contiene “betacarotenos” como la provitamina A.
- La vitamina C se encuentra especialmente en frutas cítricas, en las hortalizas, patatas, tomates, cereales germinados y salvado.
- La vitamina E, es el antioxidante más importante de los lípidos corporales. Protege contra toxinas y agentes cancerígenos. Se encuentra en aceites vegetales

(oliva, semillas), nueces, almendras, en la soja y derivados de la misma, germen de trigo, verdura y huevo.

- El zinc es una sustancia que neutraliza la acción nociva de los radicales libres y se encuentra en las ostras y en los huevos.

Mejor escoger carnes magras y pescado en lugar de carnes rojas:

- Es importante reducir las carnes rojas como buey, vaca, cerdo y cordero y es convenientes sustituirlas por carnes magras como pollo, conejo, pavo y pescado.

- El consumo de productos lácteos enteros, los cortes grasos de carne y los platos preparados, debe reducirse para evitar una ingestión exagerada de grasas saturada. En cambio, es adecuado el consumo de ácidos grasos omega-3 que protegen contra el cáncer de próstata, mama y colon. Se encuentra en el pescado graso y en el aceite de linaza.

- Evitar la obesidad e incorporar ejercicio físico, a la vida de cada día. La obesidad está relacionada con el cáncer de colon, recto, próstata en los hombres y de cáncer de colon y de mama en mujeres.

- Cocinar de forma sana. Evitar el consumo abusivo de fritos. Asar a la parrilla, cocinar al vapor, hervir, en microondas. Este tipo de cocciones nos ayudan a cocinar con poca grasa. No es muy recomendable las carnes y pescados muy cocinados a o la barbacoa, en la superficie se encuentran sustancias cancerígenas.

- Mejora los hábitos alimentarios: lava cuidadosamente todas las frutas y verduras antes de comerlas para eliminar residuos.

- Evita precocinados, golosinas, aperitivos y repostería.

- Opta por la leche y los lácteos que sean desnatados.

- Sazonar los alimentos con hierbas, especias, zumo de limón, mostaza y otros condimentos que sean pobres en grasa y evitar las mantequillas, mayonesas y salsas cargadas.

5 Discusión-Conclusión

La enfermedad cancerosa se ve caracterizada por una evolución polifásica que, una vez iniciado el proceso de transformación de una célula o grupo celular, su camino va dirigido hacia la curación, la supervivencia o a la fase terminal del paciente.

Aunque todavía no podemos hablar de una dieta anti-cáncer, el profesional sanitario debe realizar una serie de recomendaciones respecto al modo de vida y las dietas más saludables. El Código Europeo contra el cáncer establece diez premisas

dirigidas a la prevención del cáncer; entre ellas existen recomendaciones sobre hábitos alimentarios más correctos para evitar y prevenir una serie de tumores.

6 Bibliografía

1. World Health Organization. WHO. Cáncer [Internet] Ginebra, Suiza; 2021 [Actualizado 9 de Junio 2021; Citado 17 de marzo de 2022] Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/cancer>.
2. Sociedad Española de Oncología Médica. SEOM. Las cifras del cáncer en España. 2021. [Citado 17 de marzo de 2022]. Disponible en: https://seom.org/images/Cifras_del_cancer_en_Espnaha_2021.pdf.
3. Junta de Andalucía. Dirección General de Innovación. Servicio de Planes y programas educativos. Creciendo en salud. 2018. [Citado 17 de marzo de 2022] Disponible en: <https://www.juntadeandalucia.es/educacion/portals/delegate/content/29c97d72-cf07-4212-a505-a8334abac89d>.
4. Adriana Ivette Macías M., Lucero Guadalupe Gordillo S., Esteban Jaime Camacho R. Hábitos alimenticios de niños en edad escolar y el papel de la educación para la salud. Scielo. 2012. [Citado 18 de marzo de 2022] Disponible en: https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75182012000300006.
5. Alzate Yepes, T. Consumo de carnes rojas y procesadas. La controversia está servida. Scielo. 2019. [Citado 18 de marzo de 2022] Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0124-41082019000200137.

Capítulo 34

DETECCIÓN Y NOTIFICACIÓN DE LA DIFTERIA

MARIA GORRIZ ALCAT

CRISTINA GORRIZ ALCAT

1 Introducción

La difteria es una enfermedad infecciosa causada por una bacteria, *Corynebacterium diphtheria*, que coloniza la garganta y las vías respiratorias superiores pudiendo producir una toxina que afecta de forma más grave a otros órganos provocando complicaciones graves como miocarditis o neuropatía periférica. La enfermedad se transmite a través de contacto directo entre personas o vía respiratoria con gotas provocadas por tos o estornudos de personas contagiadas.

Esta enfermedad es susceptible de presentarse en diferentes formas clínicas. Puede afectar al tracto respiratorio superior como laringitis o nasofaringitis o amigdalitis, además de presentar una membrana o pseudomembrana. A su vez puede originar afectación cutánea manifestada por una lesión ulcerosa crónica no progresiva que puede aparecer con una membrana gris sucia. En otras ocasiones, es posible que la difteria tenga otras localizaciones como lesión en conjuntiva o mucosas.

Dentro de la región donde vivimos, nos encontramos con factores que favorecen la erradicación de algunas enfermedades infecciosas como son la higiene, los buenos sistema sanitarios con los que se cuenta y la respuesta masiva de las personas a las campañas de vacunación.

El Centro Europeo para la Prevención y Control de Enfermedades (ECDC) considera la difteria como una enfermedad que puede prevenirse mediante vacunación

y su aparición deber ser notificada a escala de la Unión Europea (UE). La vacunación contra la difteria ha supuesto una reducción drástica de la mortalidad y la morbilidad provocada por la bacteria, sin embargo, supone un problema importante de salud infantil en aquellos países donde tienen una cobertura deficiente de vacunación.

2 Objetivos

Describir la difteria y formas en las que se presenta.

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 en las principales bases de datos: Pubmed, Medline y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

En países endémicos, la enfermedad provocada por la difteria se presenta como casos esporádicos o en pequeños brotes, siendo mortal en el 5-10 % de las ocasiones y presentando una letalidad más elevada entre la población infantil. El tratamiento consiste en la administración de la antitoxina de la difteria así como uso de antibióticos.

La Organización Mundial de la Salud (OMS)/Organización Panamericana de Salud (OPS) recuerda a los Estados Miembros que la difteria ha estado controlada gracias a la cobertura de vacunación, aunque el agente etiológico no se ha erradicado ni es objeto de eliminación. Con motivo de la reducción en las tasas de cobertura de vacunación en la población infantil, es necesaria una vigilancia por la alta posibilidad de que ocurran casos de enfermedad. A su vez, debido al descenso objetivado de vacunación entre la población, durante el año 2021 se detectaron nuevos episodios de difteria en diferentes países de Sudamérica, notificando 1 en Brasil, 1 caso en Colombia, 18 en Haití y 18 en la República Dominicana. Así pues, se confirmó con estos datos en la Región de las Américas un descenso notable de la cobertura de vacunación desde el 2010. Al igual que ocurre con la

disminución de la tasa de la tercera dosis de vacunación contra difteria, tétanos y tos ferina reduciendo las tasas del 94 % al 84 % entre los años 2010 y 20214.

En todas las regiones del mundo se apuesta por la vacunación como forma de prevenir la enfermedad. Se realizó un ensayo clínico en población joven española, de 24 a 30 años donde se administró las dosis para completar la vacunación y demostraron que el recordatorio postal es una buena forma para recordar la vacunación en esta franja de población obteniendo finalmente el 22.2 % de vacunación completa en el grupo control y un 40.5 % en el grupo experimental, concluyendo que la utilización de este medio puede asegurar la continuidad de vacunación en la población adulta.

Sin embargo, en los países industrializados, entre ellos España, la enfermedad es excepcional y en estos casos afecta a personas mal vacunadas. Uno de los últimos casos registrados a nivel nacional se declaró en mayo de 2015 y afectó a un niño no vacunado con un fatal desenlace⁶. La experiencia demuestra que tras la importación de casos no se han mantenido cadenas de transmisión mientras la cobertura de vacunación infantil es elevada.

Los objetivos en la vigilancia de la enfermedad que se buscan son la detección temprana, investigación, caracterizar y controlar todos los casos aislados así como los brotes. Además, otro de los objetivos que se persiguen es identificar agrupaciones de individuos susceptibles frente a la difteria.

Actualmente en España atendiendo a la situación epidemiológica a efectos de investigación e intervención se considerará como brote la aparición de un único caso, derivando en la instauración de medidas de control tanto en el aislamiento y el tratamiento del caso y la vacunación así como profilaxis de los contactos.

A nivel nacional no se habían registrado notificaciones de casos autóctonos de difteria desde el año 1986 y hasta el 2013, posteriormente, se han localizado portadores. Debido al tiempo que ha transcurrido desde la última notificación, es difícil mantener la sospecha clínica sobre la enfermedad tanto en la presentación respiratoria como en otras localizaciones cutáneas y otras formas menos comunes. Sin embargo la alerta se mantiene debido a la posibilidad de recibir tanto casos importados como personas que hayan tenido contacto con viajeros procedentes de zonas donde la enfermedad sea endémica, por lo que se recomienda extremar medidas de alerta temprana y el seguimiento de los pacientes con clínica sospechosa.

En España esta enfermedad aparecía en la primera lista de enfermedades de declaración obligatoria realizada en 1904. Sin embargo, hasta el año 2013 la Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica (RENAVE) vigilaba exclusivamente la difteria respiratoria producida por *C. diphtheriae*. Es partir de 2013 cuando la vigi-

lancia se adapta a lo propuesto por la Unión Europea (UE) y se amplían las formas clínicas añadiendo la cutánea y la de otras localizaciones, así como otras especies de *Corynebacterium* productores de toxina: *C. ulcerans* y *C. Pseudotuberculosis*. En el caso de la difteria cutánea la vigilancia se adapta a las características de su forma de presentación debido a la baja frecuencia de episodios. Es necesario realizar un diagnóstico diferencial cuando aparecen lesiones cutáneas de tórpida evolución en personas que presentan enfermedades crónicas como diabetes, insuficiencia renal crónica o en tratamiento inmunosupresor, incluyendo en la investigación el antecedente de contacto con animales, incluidos perros y gatos domésticos.

A nivel europeo, existe una red de control para la notificación de la aparición de brotes de difteria, iniciado en el año 1993, cuando la Unión Europea constituyó el “Grupo de Trabajo Europea de Laboratorios de Difteria” (European Laboratory Working Group in Diphtheria), el cual en el año 2006 se transformó en la Red Europea de Vigilancia de Difteria (“European Diphtheria Surveillance Network” “EDSN”) y quedó integrada en el programa de vigilancia de difteria del ECDC.

La EDSN está constituida por los puntos operativos de contacto (Operational contact points) nombrados en cada país para la vigilancia epidemiológica y microbiológica de difteria. El objetivo que busca la red es la coordinación en el manejo de un brote internacional en caso de aparición de la enfermedad. Los casos confirmados de difteria se notifican al ECDC de forma urgente a través de la plataforma TESSy (“The European Surveillance System”).

La vigilancia de los casos de difteria en territorio español, se realizan desde la RENAVE coordinada por el Centro Nacional de Epidemiología (CNE) con el apoyo del programa de vigilancia de las especies potencialmente toxigénicas de *Corynebacterium* que desempeña el Centro Nacional de Microbiología (CNM). La vigilancia de difteria pivota entorno a la notificación de casos, investigación de las cepas de *Corynebacterium* en el laboratorio y respuesta de salud pública frente a la identificación de cepas toxigénicas.

Según el protocolo vigente, la difteria respiratoria es una enfermedad catalogada de declaración urgente a nivel nacional que debe ser notificada al Centro Coordinador de Alertas y Emergencias Sanitarias (CCAES) y a la RENAVE, mientras que los casos de enfermedad de localización cutánea o de otras localizaciones únicamente se notificará a la RENAVE. Sin embargo, ante la aparición de difteria en cualquier situación, se enviará una encuesta epidemiológica al Centro Nacional de Epidemiología (CNE) a través de la RENAVE.

A través de un caso diagnosticado, el servicio de Vigilancia Epidemiológica de la comunidad autónoma afectada informará de forma urgente los casos sospe-

chosos, probables y confirmados de difteria respiratoria al CCAES y al CNE. A su vez, el CCAES será el organismo nacional encargado de valorar su notificación a la OMS a través del Reglamento Sanitario Internacional (RSI) y al Sistema de Alerta y Respuesta Rápida de Unión Europea.

Para la confirmación diagnóstica que se maneja en el protocolo de vigilancia de difteria de la RENAVE se especifica que está disponible a nivel nacional un servicio rápido de PCR en el LD-CNM para identificar las especies toxigénicas de *Corynebacterium* spp y detectar el gen toxigénico. El LD-CNM es el único laboratorio del país con capacidad para confirmar la toxigenicidad de las cepas de *Corynebacterium*. Todos los hospitales nacionales envían las muestras o aislados de *Corynebacterium* para caracterizar y para confirmar o descartar su toxigenicidad. El envío de muestras es voluntario (excepto ante una sospecha clínica de difteria, con envío obligatorio), por lo que es difícil conocer cual es la representatividad de las muestras recibidas sobre la circulación real de las especies potencialmente toxigénicas de *Corynebacterium* en nuestro país.

El criterio de laboratorio se basa en el aislamiento en una muestra clínica de *C. diphtheriae*, *C. ulcerans* o *C. pseudotuberculosis*, productores de la toxina. De la misma manera, es necesario realizar el test de Elek, aunque en otras ocasiones es imprescindible llevar a cabo otros métodos específicos con PCR o un procedimiento fenotípico ya que en ocasiones la PCR no demuestra la cepa toxigénica. En España, la plataforma SiViEs (Sistema de Vigilancia en España) integra toda la información clínica, epidemiológica y microbiológica disponible de los casos y brotes de difteria toxigénica notificados al sistema de vigilancia. SiViEs es una plataforma flexible que permite que los resultados de las técnicas (epidemiología molecular u otras) que se vayan incorporando en la investigación de casos se añadan a la ficha epidemiológica de caso de difteria.

Como ya se ha comentado, según el protocolo, aquellos casos confirmados de difteria cutánea o de difteria de otras localizaciones deben de notificarse a la RENAVE. Desde el momento en el que se detecta un episodio, se pone en marcha una serie de medidas de control para tratar de detener la transmisión de la enfermedad. Se propone un aislamiento respiratorio al paciente que presenta difteria respiratoria y aislamiento de contacto cuando la presentación es cutánea. Los aislamientos se mantienen hasta que el paciente da negativo en dos cultivos de muestras de garganta y nariz en paciente respiratorio y además de las muestras recogidas las lesiones en caso de presentación cutánea tomados con al menos con 24 horas de diferencia y después de 24 horas de la finalización del tratamiento antibiótico (2). Todas las muestras recogidas se deben enviar al CNM, a través de la plataforma GIPI bajo el Programa de Vigilancia Microbiológica en

el apartado “Vigilancia de las infecciones causadas por especies toxigénicas del género *Corynebacterium*”.

En caso de no poder obtener cultivos, el paciente mantendrá el aislamiento hasta 14 días después de iniciado el tratamiento antibiótico adecuado y se deberá desinfectar los objetos que hayan estado en contacto directo con las secreciones o con el paciente durante el tiempo que dure el aislamiento.

Se definirá como contacto y se deberá actuar en consecuencia, a cualquier persona que al menos en los 7 días anteriores haya estado en contacto próximo con un caso de difteria causado por una cepa toxigénica de *C. diphtheriae*, *C. ulcerans* o *C. pseudotuberculosis*. Los contactos de los casos debidos a cepas no toxigénicas de *C. diphtheriae*, *C. ulcerans* o *C. pseudotuberculosis* no se consideran de riesgo según el protocolo vigente. La actuación inmediata que se recomienda ante un caso de difteria es una búsqueda activa de posibles contactos para prevenir la aparición de casos secundarios y detectar portadores asintomáticos susceptibles de transmitir la bacteria.

Es necesario mantener las medidas de control mientras se investiga la toxigenicidad de la cepa. Recordando que para la transmisión de la enfermedad es imprescindible un contacto estrecho y prolongado y considerando contactos según los niveles en función de las siguientes características.

De forma que se considera contacto de alto riesgo a aquellos convivientes en mismo domicilio, contactos íntimos/sexuales, personal sanitario que haya realizado maniobras de resucitación o que haya manipulado lesiones de difteria cutánea.

Serán riesgo moderado aquellas personas que formen parte de la familia, amigos, parientes y cuidadores que visiten el domicilio regularmente, personal sanitario que haya estado en contacto con el paciente, compañeros de la misma clase en el colegio o personas que comparten el mismo despacho en el trabajo. Además también se consideran contactos de riesgo moderado los pasajeros que ocuparon asientos contiguos en viajes de varias horas de duración (6-8 horas).

Como se ha dicho, cuando se declare un brote, se debe realizar una búsqueda activa de casos para comprobar que no pase ningún contacto inadvertido. Para ello, se mantendrá la comunicación diaria con hospitales, laboratorios y colegios para realizar seguimiento activo de cualquier caso sospechoso. En el caso de que apareciese más de un caso se procederá a la definición del territorio epidémico, se realizará una descripción temporo-espacial de los casos aparecidos y se cumplimentarán las encuestas epidemiológicas. Los puntos clave para el control de un brote son, en primer lugar y como prevención prioritaria, el asegurar una alta cobertura de vacunación en la población afectada. De la misma manera, un diag-

nóstico y tratamiento inmediato de los casos es esencial así como la identificación y administración de profilaxis a los contactos.

Es preciso revisar las coberturas de vacunación local y nacional para cumplir con los objetivos propuestos por la OMS que mantiene unas coberturas de al menos el 90% en niños y del 75 % en adultos. Si fuera necesario se implantarán programas de inmunización en adultos, particularmente en personas que se consideren grupos de alto riesgo como el personal sanitario, fuerzas armadas, maestros o empleados de servicios públicos que mantengan contacto frecuente con el público. También se incluirán como personas de especial sensibilidad a indigentes y alcohólicos. Si la situación epidemiológica lo exigiese, se incluiría en los programas de inmunización a toda la población adulta utilizando vacuna que contenga toxoide diftérico reducido.

5 Discusión-Conclusión

A pesar de la escasez de existencia de notificaciones de episodios de difteria a nivel nacional, la enfermedad no ha sido erradicada, puesto que la toxina que la produce no es objeto de eliminación.

Las enfermedades infecciosas son capaces de transmitirse mediante vectores que les permiten dispersarse en el tiempo y distintos lugares, por lo que es necesaria una vigilancia continua.

La herramienta más eficaz para controlar y combatir una enfermedad infecciosa como la difteria es la vacunación de la población.

La coordinación de distintos mecanismos permite coordinarse en el manejo de brotes a través de la notificación inmediata de casos y seguimiento y control de los enfermos.

6 Bibliografía

1. Difteria. [Internet]. Organización Panamericana de la Salud (OPS)/ Organización Mundial de la Salud (OMS). [Acceso: 18/02/2022]. Disponible en: <https://www.paho.org/es/temas/difteria#:text=La%20difteria%20es%20una%20enfermedad,que%20afecta%20a%20otros%20%C3%B3rganos>.
2. Protocolo de Vigilancia de Difteria. Protocolos de la Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica. Instituto de Salud Carlos III. [Internet]. 2013. [Acceso: 18/02/2022]. Disponible en: <https://www.isciii.es/QueHacemos/Servicios/VigilanciaSaludPublicaRENAVE/EnfermedadesTransmisibles/Documents/PROTOCOLOS/Protocolo%20de%20Vigilancia%20de%20Difteria.pdf>

3. Mantener a Europa sana: El ECDC en acción. Centro Europeo para la Prevención y el Control de las Enfermedades. [Internet]. 2009. ISBN 978-92-9193-146-0. [Acceso: 22/02/2022]. doi:10.2900/13310.
4. Actualización epidemiológica Difteria. 5 de noviembre de 2021. [Internet]. Organización Panamericana de Salud (OPS)/Organización Mundial de Salud (OMS). [Acceso: 20/02/2022]. Disponible en: 2021-nov-5-phe-actualización-epi-difteria.pdf.
5. Ibáñez-Jiménez, A., Pairet-Jofre, G., Prat-González, I., Sánchez-Doblado, M.J., Tauler-Suñer, M. Ensayo clínico aleatorizado sobre la eficacia de un recordatorio postal para aumentar la cobertura de vacunación contra el tétanos y la difteria en la población adulta joven. *Enfer Clin.* [Internet]. 2007. [Acceso: 18/02/2022]. 17(4): 171-176. DOI: 10.16/s1130-8621(07)71793-x.
6. Aldaz Herce, P., Morató Agustí, M.L., Gómez Marco, J.J., Javierre Miranda, A.P., Martín Martín S., Moreno Millán N., et al. Prevención de las enfermedades infecciosas. Actualización PAPPs en vacunas 2018. *Aten Primaria.* [Internet]. 2018. [Acceso: 24/02/2022]. 50(1):66-82. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6837052/pdf/main.pdf>.
7. Centro Nacional de Microbiología. Centro Nacional de Epidemiología. Situación de la difteria en España. Características microbiológicas, clínicas y epidemiológicas de las cepas de *C. diphtheriae*, *C. belfantii*, *C. rouxii* y *C. ulcerans* identificadas en España, 2014-2020. [Internet]. Instituto de Salud Carlos III. Madrid. 2021. [Acceso: 24/02/2022]. Disponible en: https://www.isciii.es/QueHacemos/Servicios/VigilanciaSaludPublicaRENAVE/EnfermedadesTransmisibles/Documents/archivos%20A-Z/DIFTERIA/Informe_difteria_Espa%C3%B1a_2014_2020.docx.pdf

Capítulo 35

INDICADORES DE SALUD

MARIA GORRIZ ALCAT

CRISTINA GORRIZ ALCAT

1 Introducción

Un indicador de salud hace referencia a aquellas características relacionadas con la salud de un individuo o una población. Dentro del campo de la salud pública y la planificación sanitaria los indicadores de salud se utilizan para poner de manifiesto la magnitud de un problema sanitario, reflejar el cambio de salud de una población en el tiempo, así como mostrar las diferencias sanitarias existentes entre diferentes poblaciones o evaluar el nivel de consecución de objetivos de programas de salud llevados a cabo. La Organización Mundial de la Salud (OMS), ha identificado distintos indicadores capaces de definir la salud de una población, centrándose en datos pertenecientes a la población infantil. La mortalidad infantil es uno de los indicadores más relevantes del nivel de desarrollo social de un país, refleja la disponibilidad, utilización y el acceso a los sistemas de salud por parte de la población, particularmente, la de madres y niños, así como la situación nutricional de los mismos.

A su vez, la OMS propone intervenciones de bajo costo como la estrategia GOBI para mejorar la calidad de vida donde estos parámetros identifiquen un déficit. La estrategia GOBI, propone la vigilancia del crecimiento infantil para evaluar el estado nutricional de los menores, terapias de rehidratación oral como tratamiento de diarrea infantil, lactancia materna, que garantiza la salud de los niños pequeños, e inmunización contra seis enfermedades mortales de la niñez.

2 Objetivos

- Identificar los indicadores de salud más relevantes relacionados con la mortalidad infantil.
- Relacionar la mortalidad/diferencias socio-sanitarias entre países mediante indicadores sanitarios.

3 Metodología

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

4 Resultados

Según la OMS, la mortalidad infantil es uno de los indicadores más relevantes del nivel de desarrollo social de un país. Refleja la disponibilidad así como la utilización y acceso a los sistemas de salud por parte de la población, particularmente, la de madres y niños, además de ser capaz de identificar la situación nutricional de los mismos.

Los principales indicadores que reflejan dicha realidad son:

- Mortalidad infantil (1,10).
- Nacimientos según edad materna (1,10).
- Nacimientos según peso recién nacido (1,10).
- Lactancia materna (1,10).
- Vacunación infantil (1,10).

Según los datos registrados por UNICEF y la propia OMS, las principales causas de mortalidad infantil a nivel mundial en 2016 fueron: complicaciones del parto prematuro (18 %), neumonía (16 %), complicaciones relacionadas con el mismo parto (12 %), diarrea (8 %), sepsis neonatal (7 %) y malaria (5 %). Atendiendo a las causas neumonía y diarrea, fueron protagonistas del 30 % de las muertes en menores de 5 años a nivel mundial, produciéndose la mayoría de las mismas en India, Nigeria, Pakistán y República Democrática del Congo (4,7,8,10). Por otro lado, las enfermedades infecciosas se caracterizan por relacionarse con la inequidad, afectando desproporcionadamente a las poblaciones más pobres y vulnerables sin acceso a tratamientos básicos ni prevención (4,7,8).

A su vez es importante resaltar que las muertes ocurridas en menores de cinco años estuvieron concentradas en África Subsahariana y Asia meridional, representando el 80 % de muertes infantiles en 2014, hasta la actualidad (10). Por otro lado, un informe del 2011 con datos desde la década de los 70 estimaba que más del 50 % de niños que nacen en América Latina estaban expuestos a una mortalidad superior a 120 por mil, doce veces mayor que la existente en Suecia. En este caso, los indicadores socio-económicos, alimentación, y acceso a la salud son grandes determinantes y responsables de mortalidad (5). Finalmente se apunta a que aunque se redujo a la mitad la mortalidad infantil en América Latina continúan existiendo grandes diferencias entre países (6,8), siendo Haití el más vulnerable (10).

Para luchar contra este escenario de inequidad y mortalidad infantil, UNICEF (Revolución de la supervivencia infantil) propone intervenciones de bajo costo como la estrategia GOBI, que propone la vigilancia del crecimiento infantil para evaluar el estado nutricional de los menores, terapias de rehidratación oral como tratamiento de diarrea infantil, lactancia materna, que garantiza la salud de los niños pequeños, e inmunización contra seis enfermedades mortales de la niñez. Ponerlas a disposición de todos supone un reto necesario de alcanzar (2,4,7).

5 Discusión-Conclusión

- La mortalidad infantil está identificada como índice más sensible para la administración sanitaria y bienestar social. En el se centran los esfuerzos de cada nación para mejorar la salud y bienestar de su población.
- Según el informe sobre los Progresos (UNICEF, 2012), se revela un éxito con importantes reducciones en las tasas de mortalidad en menores de 5 años (2/3 de ellas) en países como Portugal, Ruanda, Brasil, de manera global sin diferencias económicas ni regionales, por lo que los indicadores socio económicos no influyen en el resultado.
- Continúa siendo necesario aplicar medidas fáciles que pueden llegar a reducir la mortalidad infantil de manera inmediata.

6 Bibliografía

1. Ministerio de Sanidad. Indicadores de Salud 2020. Evolución de los indicadores del estado de salud en España y su magnitud en el contexto de la Unión Europea. Madrid: Ministerio de Sanidad. [Internet]. 2020. [Acceso:

- 07/12/21]. Disponible en: https://www.mschs.gob.es/estadEstudios/estadisticas/inforRecopilaciones/docs/Indicadores_de_Salud_2020.pdf.
2. Orbea López, M. La mortalidad en la niñez, un tema de prioridad a nivel internacional. *Rev Nov Pob.* [Internet]. 2019. [Acceso: 07/12/2021]. 15 (30) La Habana. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1817-40782019000200178.
 3. UNICEF. Mortalidad infantil: ¿Qué hay detrás de los datos? La tasa de mortalidad infantil indica las oportunidades que tiene la infancia de un país para disfrutar de su derecho máspreciado: la supervivencia. [Internet]. 2020. [Acceso: 15/12/21]. Disponible en: <https://www.unicef.es/blog/mortalidad-infantil-que-hay-detras-de-los-datos>.
 4. UNICEF. La mortalidad infantil cae en un 41%. [Internet]. 2020. [Acceso: 15/12/21]. Disponible en: <https://www.unicef.es/noticia/la-mortalidad-infantil-cae-en-un-41#:text=Cada%20d%C3%ADa%20mueren%20unos%2014.000,a%2051%20el%20a%C3%B1o%20pasado>.
 5. Behm, H. Determinantes económicos y sociales en América Latina. *Salud colectiva.* [Internet]. 2011. [Acceso: 15/12/2021]. 7(2):231-253. Disponible en: <https://www.scielosp.org/pdf/scol/2011.v7n2/231-253/es>.
 6. La mortalidad infantil se redujo a más de la mitad en veinte años, pero persisten las disparidades entre países de las Américas. Organización Panamericana de la Salud. [Internet]. 2012. [Acceso: 15/12/21]. Disponible en: https://www3.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=7493:2012-la-mortalidad-infantil-redujo-mas-mitad-veinte-anos-persisten-disparidades-paises-americas&Itemid=135&lang=es.
 7. Mejorar la supervivencia y el bienestar de los niños. Organización Mundial de la Salud. [Internet]. 2020. [Acceso: 17/12/21]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/children-reducing-mortality>.
 8. Barbosa-Ardila, S.D., Hernández, L. J. Inequidad en mortalidad infantil y servicios pediátricos en Bogotá: nuevo modelo de análisis para América Latina. *Rev. salud pública.* [Internet]. 2018. [Acceso: 17/12/21]. 20 (5): 599-605. Doi: <https://doi.org/10.15446/rsap.v20n5.70492>.
 9. Carrera, J.M., Devesa, N., Chacón, D., Cararach, V., Fabre, E., Foradada, C.M., et al. Mortalidad materna en África. *Progresos de Obstetricia y Ginecología.* [Internet]. 2007. [Acceso: 18/12/21]. 50 (7):405-419. Doi: 10.1016/S0304-5013(07)73206-5.
 10. The Global Health Observatory. Under-five mortality rate (probability of dying by age 5 per 1000 live births). World Health Organisation (WHO).2018 [Acceso: 18/12/21]. Disponible en: <https://www.who.int/data/gho/data/indicators/>

indicator-details/GHO/under-five-mortality-rate-(probability-of-dying-by-age-5-per-1000-live-births).

Capítulo 36

CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN LA CIRUGÍA DE ANTEPIÉ MEDIANTE CIRUGÍA PERCUTÁNEA

ALICIA MONREAL RUIZ

ROSALÍA MONREAL RUIZ

LIDA ESTHER VIDAL PELAEZ

MARIA ANGELES RUIZ REYES

ANA BELEN CORTES VELA

1 Introducción

El Hallux valgus es la desviación en varo del primer metatarsiano a la que se añade una falange distal en valgo y en rotación interna. Los sesamoideos se luxan lateralmente dando lugar a una prominencia en la cara medial del primer metatarsiano. Existe una inflamación dolorosa del borde del pie en la zona de la unión del dedo con el resto del pie. Produce dolor continuo y sordo localizado en esa zona, que empeora al caminar y mejora con el reposo y el calor local. A veces, se nota sensación de roce, chasquido o crepitación al mover el dedo, además de la deformidad.

Son muchas las hipótesis sobre la etiología o causa última del hallux valgus.

- Genética y herencia: numerosos estudios han documentado casos de hallux valgus con una clara relación padres-hijos.

- Calzado: los zapatos que son apretados y terminan con forma de punta son los principales causantes de hallux valgus.

- Factor hormonal y sexo femenino.

- Patomecánico:

1. Pronación de la articulación subastragalina (ASA): el astrágalo se desplaza medialmente con respecto al calcáneo, el peso del cuerpo mantiene la pronación en fase de medioapoyo y de propulsión temprana impidiendo así el bloqueo de la articulación calcáneo-cuboidea.

2. La articulación astrágalo-escafoidea pierde competencia mecánica, pues al estar el astrágalo en aducción, plantarflexión, medializado y anteriorizado, se crea un espacio entre este y el sustentaculum tali que aumenta la laxitud del ligamento calcáneo-escafoideo y del ligamento bifurcado, aumentando el rango de movimiento mediotarsal, aumentando la movilidad de la zona de mediopie y produciendo un colapso del arco medial.

La técnica Percutánea conocida también como MIS (Minimal Incision Surgery) ofrece la posibilidad de efectuar una intervención a través de mínimas incisiones en la piel. Para conseguir resultados satisfactorios se precisará instrumental específico básico y control radiológico.

El objetivo de esta intervención es corregir las deformidades del antepié y todos los elementos patológicos de la enfermedad para evitar la recidiva, mantener un pie biomecánicamente funcional para la deambulación, así como un efecto estético.

2 Objetivos

- Exponer un protocolo de Enfermería para la cirugía de antepié mediante cirugía percutánea.

- Definir las pautas de actuación necesarias para garantizar la seguridad del paciente en el periodo intraoperatorio de la cirugía de antepié mediante cirugía percutánea.

3 Metodología

Se realiza revisión bibliográfica en las bases de datos Pubmed, Cochrane, Google académico, utilizando las palabras claves: Hallus Valgus, cirugía percutánea, enfermería, protocolo, obtenidos de los Descriptores de Ciencias de la Salud, la búsqueda se realizó utilizando el operador booleano and.

4 Resultados

Recursos materiales y normas de protección.

Material textil:

Pack artroscopia de rodilla.

Batas.

Paños campo autoadhesivos.

Instrumental:

Cajas Específicas de Percutánea:

En las grandes viene el motor MD II Nouvag (para consola).

En las pequeñas sólo viene el terminal del motor Osada Electric.

Caja Básica.

Fresa Cónica grande 5.0x15 mm, Ref 400-500-70.

Fresa Cónica pequeña 4.3x13.0x64 mm, Ref 110018140.

Fresa Shannon corta 2.0x8.0x65 mm, Ref 110018135.

Fresa Shannon larga 2x12mm, Ref 38.37.02.

Fresa Shannon Isham 2x12mm, Ref 38.37.03.

Aparatos y accesorios.

- Fluoroscopio (unidad CMA).
- Consola Motor MD 11 Nouvag c/pedal.
- Protector de silicona rectangular.
- Arco en L.

Suturas:

S. No Reabs Polyamida 1 ag. Tri 19 mm 4/0.

Otros materiales:

Guantes estériles.

Hojas de bisturí del nº15.

Hojas de bisturí especiales n.º 64 y 64 MIS.

Antiséptico.

Agua oxigenada.

Suero Salino Na Cla 0,9 % solución irrigación 1000 ml.

Jabón.

Alcohol 70º.

Funda de Fluoroscopio.

Aguja 21G 0.8x40mm (señalización RX).

Agujas Sterican 27G 0.40x40mm (infiltración anestesia).

Cápsula (alcohol 70º).

Funda de cámara para el cable del motor Osada Electric.

Velband estéril 10cm x 2,7.

Venda de crepé 7cm x 4.

Esparadrapo de papel 2.5cm x 10 y 5.0 cm x 10.

Maquinilla de rasurar eléctrica 3M c/ cuchilla desechable.

Preparación de la anestesia.

En una mesa, se prepara:

- Jabón, suero salino, 1 paquete de compresas y 1 paquete de gasas.
- 4 Jeringas de 5cc con 2cc de Mepivacaina 2% + 2cc de Ropivacaina 0,75% + 1 amp de bicarbonato, que no se cargará hasta el momento de la aplicación, para evitar que precipite (1cc en cada jeringa) + agujas Sterican 27G.

Recepción.

El paciente llega al antequirófano acompañado del celador de la Unidad de CMA. El enfermero recibe al paciente, se presenta con nombre y cargo y le pide que diga el nombre y apellidos, comprobando la identidad en la pulsera identificativa, pegatinas y en la documentación que aporte. Se comprueban: ayunas, alergias, medicación habitual, intervenciones quirúrgicas previas, presencia de prótesis, objetos metálicos, marcapasos, DAI o neuroestimuladores. Igualmente se le pregunta si es conocedor de la intervención quirúrgica programada así como de su lateralidad. Se complementará la información sobre la técnica anestésica programada si fuera preciso.

Nos aseguraremos que trae la sandalia ortopédica para poner, tras la operación, en el pie intervenido.

Se solicita al celador del Área Quirúrgica el traslado del paciente al quirófano, se le acomoda en la mesa quirúrgica en posición decúbito supino, con el cabecero elevado aproximadamente 45°, quedando el pie a intervenir fuera de la mesa quirúrgica, apoyando el tercio inferior de la pierna sobre el protector de silicona.

La pierna contraria se flexiona, apoyando el pie encima de la mesa quirúrgica, procurando se encuentre lo más cómodo posible. Se le tranquiliza y se explican las actividades a realizar: monitorización, instauración de vía venosa. Colocación del arco, para separar los campos, con una sábana y otra para tapar al paciente.

Técnica de realización.

El cirujano procede al lavado intensivo, con jabón y suero salino, del pie a intervenir.

Desinfección de la piel con alcohol 70°.

Infiltración de la anestesia, de los nervios: Tibial posterior, Peroneo profundo, Peroneo superficial y por último la zona de la exóstosis.

El cirujano con ayuda del celador de quirófano pintará con antiséptico la zona a intervenir hasta el tercio medio de la pierna, colocándola sobre un paño estéril.

Se procede a montar el campo estéril con el equipo de artroscopia.

Se viste seguidamente el Fluoroscopio con su funda transparente, reforzando la parte inferior (donde se acerca el pie) con otro paño autoadhesivo y cinta adhesiva.

La instrumentista va conectando el motor.

Intervenciones.

1, Hallux valgus:

Incisión de menos de 1 cm en pie con bisturí del n.º 15.

Incisión capsular con bisturí específico n.º 64.

Desperiostización con periostotomo grande.

Exostosectomía con broca cónica pequeñas.

Liberación y tenotomía del tendón abductor:

Aguja IM para marcar el lugar del corte guiado por fluoroscán.

Incisión en piel con bisturí específico n.º 64.

Tenotomía del abductor con mismo bisturí.

Corrección del ángulo PASA con broca Shanon larga (opcional).

Osteotomía tipo AKIN:

Localización punto de entrada con aguja IM.

Sección subcutánea con bisturí n.º 64.

Broca cónica pequeña.

Osteotomía con broca Shanon larga.

Lavado con H₂O₂.

Retirada de restos óseos con raspas (las que miran hacia arriba) grande y pequeña.

Antiséptico.

Cierre con Polyamida 4/0

Importante no tocar los dedos después de las osteotomías, por ser muy inestables.

Vendaje:

3 Cinchas juntas y largas, hechas con gasas sin contraste, Velband, Venda elástica de crepé, Cinchas de esparadrapo de papel.

2 Radios menores (2º dedo en martillo, metatarsalgias, dedos en garra, juanete de Sastre).

Tenotomías de tendones extensores: Bisturí n.º 64.

Tenotomías de tendones flexores: Bisturí n.º 64 MIS.

Osteotomía de acortamiento: broca Shanon corta.

Condilectomía: broca cónica pequeña.

Periostotomo pequeño.

Retirada de restos óseos con raspa pequeña (la que mira hacia arriba).

Si es una metatarsalgia: Osteotomías tipo Weil.

Además de todo lo indicado en el apartado para radios menores, hay que asociar el uso de Shanon larga.

Vendaje:

- Cinchas con gasas pequeñas sin contraste (normalmente 2 , por cada dedo operado).
- Velband.
- Venda de crepé de mano.
- Cintas de esparadrapo, que se cortarán según necesidades de longitud.

Si la intervención consta de Hallux valgus + radios menores , el vendaje se realizará usando 3 cintas largas + 2 pequeñas por dedo intervenido.

Sutura quirúrgica de la herida.

Preparación de las gasas para la cura.

Cura: limpieza del pie con H₂O₂ y antiséptico.

Las gasas, previamente preparadas para la cura, son colocadas por el cirujano.

Vendaje con velband, venda de crepe y esparadrapos, que determinará, la medida, el cirujano.

Se realiza placa de control.

Limpieza del talón y pierna con H₂O₂.

Sujeción del vendaje con tira de esparadrapo ancho y colocación de la sandalia.

Todo el material, así como el campo quirúrgico, se limpiará a lo largo de la intervención con alcohol de 70°.

La limpieza de la herida quirúrgica, previa a la sutura, se realiza primero con gasas empapadas en H₂O₂ y después con antiséptico.

Registros.

Documentación intraoperatoria: Segment Group.

Vista interactiva: catéteres, heridas-drenajes.

Formularios: valoración de enfermería en quirófano.

Indicaciones.

Agenda de cuidados.

Cuidados del material:

Recuento, recogida y envío del instrumental a la Central de Esterilización para su procesamiento.

Recogida de materiales textil, desechable y punzante según procedimiento habitual.

Recogida y colocación de los aparatos y accesorios.

5 Discusión-Conclusión

Actualmente la utilización de protocolos se ha convertido en un indicador de calidad asistencial; por ser una herramienta de trabajo que disminuye la variabilidad de la práctica enfermera. Es un referente imprescindible para los/as enfermeros/as de nueva incorporación y optimiza los recursos utilizados.

La implantación del protocolo de Enfermería para la cirugía de fotovaporización prostática con láser verde, facilita el cumplimiento de las pautas de actuación, garantizando la seguridad de paciente.

Disponer de un protocolo de cuidados perioperatorios de enfermería:

Disminuye la variabilidad de la práctica enfermera.

Aumenta la calidad de los cuidados dispensados.

Es una eficaz herramienta de trabajo para los enfermeros-as de nueva incorporación.

6 Bibliografía

1. Markatos K, Karaoglanis G, Damaskos C, Garmpis N, Tsourouflis G, Laios K, Tsoucalas G. Karl Ludloff (1864-1945): An Inventive Orthopedic Surgeon, His Work and His Surgical Technique for the Correction of Hallux Valgus. *Surg Innov.* 2018 May 1;1553350618775506. doi: 10.1177/1553350618775506.
2. Patel S, Garg P, Fazal MA, Shahid MS, Park DH, Ray PS. A Comparison of Two Designs of Postoperative Shoe on Function, Satisfaction, and Back Pain After Hallux Valgus Surgery. *Foot Ankle Spec.* 2018 Jun14;48(3):476-483.
3. Galois L. History of surgical treatments for hallux valgus *Eur J Orthop Surg Traumatol.* 2018 May 31. pp1-7 doi: 10.1007/s00590-018-2235-6.

Capítulo 37

EMPLEO DE LA VÍA SUBCUTÁNEA POR ENFERMERÍA EN EL PACIENTE TERMINAL

ALICIA MONREAL RUIZ

ROSALÍA MONREAL RUIZ

LIDA ESTHER VIDAL PELAEZ

MARIA ANGELES RUIZ REYES

ANA BELEN CORTES VELA

1 Introducción

La piel está constituida por tres capas: la dermis, la epidermis y la hipodermis. Esta tercera capa constituye el tejido subcutáneo y tiene una biodisponibilidad del 90 % ya que no tiene primer paso hepático, a diferencia de la vía oral.

La vía subcutánea no tiene limitación de acceso, al contrario que la vía venosa e intramuscular. Es distensible y tiene buena absorción ya que está muy irrigada. La velocidad de absorción por esta vía viene determinada por el flujo sanguíneo y la biodisponibilidad del medicamento. Dicha absorción se produce por perfusión, presión hidrostática y presión osmótica. Los masajes en la zona de administración, la acción de la hialuronidasa y el calor local pueden aumentar la velocidad de absorción de la misma.

La administración de medicación por esta vía es muy usada en el entorno hospitalario y domiciliario en el cuidado del paciente terminal. La Organización Mundial de la Salud (OMS) define los cuidados paliativos como aquellos que alivian el dolor, que consideran la muerte un proceso normal, sin intervenir en él, de manera holística (integran los aspectos psicológicos y espirituales del cuidado del paciente) y proporcionando un sistema de apoyo para el propio paciente y para sus familiares. Influyen en la calidad de vida y en el curso positivo de la enfermedad.

2 Objetivos

Objetivo principal:

- Exponer las ventajas y desventajas de la utilización de la vía subcutánea.

Objetivos secundarios:

- Explicar el manejo de la vía subcutánea.
- Indicar la medicación que es posible administrar a través de la vía subcutánea.

3 Metodología

Para la elaboración de esta revisión bibliográfica he llevado a cabo una búsqueda a través de la literatura científica ya existente, a través de bases de datos como scielo y buscadores como Google académico y teniendo en cuenta publicaciones de la OMS y de SECPAL.

4 Resultados

Indicaciones y ventajas.

La administración de medicación a través de la vía subcutánea es una técnica sencilla (es posible enseñar el manejo en domicilio, proporcionando mucha autonomía), es poco agresiva, existe posibilidad de mantenerla sin necesidad de ser profesional sanitario (por ejemplo, no necesita ser heparinizada) y no es dolorosa. Además, tiene buena aceptación por parte del paciente y sus familiares y evita múltiples pinchazos en vena. Puede ser utilizada para:

- Tratamiento de la deshidratación leve-moderada. Esta técnica se denomina hipodermocclisis y es tan efectiva como la rehidratación endovenosa.
- Alternativa a la vía venosa y en caso de pérdida de la vía oral o dificultades en su uso (náuseas, vómitos, disfagia, pérdida de conciencia, etc.).

- Tratamiento del dolor, la agitación, náuseas, secreciones, convulsiones, disnea, fiebre, sudoración, etc.

Contraindicaciones e inconvenientes.

La vía subcutánea esta contraindicada en aquellas situaciones que impiden la circulación linfática, como por ejemplo una incisión quirúrgica, superficies radiadas y la disección de ganglios inguinales.

En caso de requerirse administrar mas de 3 litros en 24 horas de suero no es posible utilizar la hipodermocclisis, además, en caso de fallo circulatorio, sobrecarga, deshidratación severa, coagulopatía, desequilibrio electrolítico severo o shock, tampoco es posible utilizar la vía subcutánea puesto que no es efectiva.

Además, lugares con poca hipodermis, zonas dañadas, inflamadas o edematosas impiden un uso adecuado de la misma.

Si hablamos de cuidados domiciliarios, la claudicación familiar es una clara contraindicación.

Como inconvenientes podemos destacar las complicaciones que suelen aparecer. Son de tipo local normalmente, como por ejemplo rojez, induración, hematomas y dolor. Además se limitan los fármacos que es posible administrar y la cantidad de fluidos que es posible administrar es menor.

Técnica.

Para la inserción del catéter se escoge habitualmente zonas próximas a la región torácica o a la pared abdominal. Secundariamente se emplean los miembros superiores, y por último los inferiores.

Para la inserción del catéter que será la vía subcutánea se utiliza una palomilla de 21-27 gauges. En caso de que el paciente tenga poco tejido subcutáneo se recomienda que sea de 21G y aquellos que tengan mayor grosor de 23G.

La técnica es la siguiente: se recomienda purgar el sistema, se limpia la zona con clorhexidina y se inserta la aguja con un ángulo de 45 grados. Antes de la administración de cualquier medicación se aspira para comprobar que no sale sangre y se fija con un apósito transparente que nos permita examinar el punto de punción en todo momento. Se debe cambiar como mínimo cada 7 días.

En caso de la administración es posible administrar dosis puntuales o bolos en volúmenes de máximo 2 ml, por lo que no es necesario diluir la medicación. En caso de infusiones continuas, máximo 3 ml/h.

Fármacos.

Es importante destacar que la mayor parte de la medicación tiene aprobado en ficha técnica la administración por vía subcutánea. Salvo excepciones, en cuidados paliativos, la medicación que pueda ser administrada por vía intramuscular puede utilizarse por vía subcutánea. Las características que se tienen en cuenta

son: deben de tener baja viscosidad, no ser irritantes ni citotóxicos. Los más empleados son los fármacos hidrosolubles y de pH neutro.

Los fármacos contraindicados por vía subcutánea son el cloruro potásico (ClK), diazepam, metamizol y clorpromazina. Además, la dexametasona es el fármaco que más incompatibilidades presenta por lo que suele utilizarse una vía solo para la administración del mismo.

Hipodermocclisis.

La hipodermocclisis es la administración de sueroterapia utilizando la vía subcutánea.

Dado que la pared abdominal tiene mucha superficie de absorción es de elección en caso de utilización de esta técnica.

Permite administrar fluidos isotónicos, soluciones con o sin lactato y soluciones con dextrosa (aunque estas últimas se desaconsejan por producir dolor).

Es una técnica de utilidad para prevenir úlceras por presión (UPP) y para disminuir la incidencia del delirium, aunque no se considera eficaz en la sequedad bucal. Además, pueden aumentar las secreciones respiratorias.

Contraindicaciones: shock, anasarca, coagulopatías, caquexia extrema y alteraciones hidroelectrolíticas.

5 Discusión-Conclusión

Dado que la vía subcutánea es de fácil acceso y manejo es de elección en los pacientes terminales. En primer lugar, evita pinchazos innecesarios a la hora de conseguir un acceso venoso para el manejo de síntomas en cuidados paliativos y además permite el manejo domiciliario favoreciendo la autonomía de personas que puedan necesitar tratamiento durante un largo periodo de tiempo sin tener que estar esto ligado al ingreso hospitalario.

Por otro lado, permite la administración de gran cantidad de medicación e incluso de sueroterapia. Llama la atención la no inclusión de la vía subcutánea en la ficha técnica de muchos medicamentos que en la actualidad se utilizan por dicha vía sin ningún tipo de contraindicación. Para finalizar me gustaría recalcar la necesidad de realizar estudios que permitan delimitar con claridad qué fármacos si y cuales no es posible administrar por dicha vía.

6 Bibliografía

1. Gallardo Avilés R; Gamboa Antiñolo F. Uso de la vía subcutánea en cuidados paliativos Monografías SECPAL 4 [Internet]. <http://www.secpal.com/>

%5CDocumentos%5CBlog%5Cmonografia_secpal_04.pdf.

2013. 60. Available from: http://www.secpal.com/%5CDocumentos%5CBlog%5Cmonografia_secpal_04.pdf.

2. Romero Cebrián MA, Lázaro Bermejo C, López-Casero Beltrán N, Valle Apastegui R del, Callado Pérez D, Arriba Méndez JJ de, et al. Cuidados paliativos en Atención Primaria: abordaje del delirium y manejo de la vía subcutánea. *Revista Clínica de Medicina de Familia* [Internet]. 2021 [cited 2021 Jun 3];14(1):18–25. Available from: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1699-695X2021000100018&lng=es&nrm=iso&tlng=es.

3. Fundación Index. I, SPARC (Organization) A-E, Rodríguez-González R, Rial Carrillo I, Martínez-Santos A-E, Rodríguez-González R. *Index de enfermería*. [Internet]. Vol. 29, *Index de Enfermería*. Fundación Index; 2020 [cited 2021 Jun 3]. 37–41. Available from: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962020000100009&lng=es&nrm=iso&tlng=es.

Capítulo 38

ENFERMERÍA: NUTRICIÓN EN EL PACIENTE POLITRAUMATIZADO GRAVE

ALICIA MONREAL RUIZ

ROSALÍA MONREAL RUIZ

LIDA ESTHER VIDAL PELAEZ

MARIA ANGELES RUIZ REYES

ANA BELEN CORTES VELA

1 Introducción

El soporte nutricional en los pacientes politraumatizados es una parte indispensable del tratamiento ya que el paciente que ha sufrido un politraumatismo grave ISS (Injury Severity Score) > 15, suele presentar hipercatabolismo metabólico: aumento de la producción de citoquinas, aumento de hormonas contrarreguladoras y otras hormonas del estrés como pueden ser: el cortisol, glucagón, norepinefrina, prolactina, hormona del crecimiento, etc.

Todas estas alteraciones metabólicas pueden llevar a cambios en las cifras de glucemia, un incremento de la lipólisis y del catabolismo proteico, que puede derivar de manera rápida en desnutrición aguda.

La desnutrición aguda y el aporte insuficiente de nutrientes puede conllevar a un pronóstico clínico peor, ya que son más susceptibles de tener complicaciones por infecciones.

La importancia del soporte nutricional no solo reside en el aporte nutricional, si no en la capacidad que tiene el organismo para utilizarlo como defensa frente a las agresiones.

La vía de administración puede ser: vía enteral (nutricional enteral) o intravenosa (nutricional parenteral).

El soporte nutricional artificial se iniciará si el paciente se encuentra hemodinámicamente estable en las siguiente 24 a 72 h desde su ingreso por vía enteral que es la vía de preferencia; ya que la administración precoz del soporte nutricional se ha relacionado con una posterior mejora a la tolerancia en la dieta, menos alteraciones en la barrera intestinal, disminución de la necesidad de una ventilación mecánica y también ayuda a reducir el tiempo de ingreso hospitalario.

2 Objetivos

- Conocer e identificar las necesidades nutricionales del paciente politraumatizado, para ser capaces de iniciar el soporte nutricional de forma precoz.
- Conocer las diferentes vías de administración del soporte nutricional en pacientes politraumatizados.

3 Metodología

Se ha llevado a cabo una revisión bibliográfica sobre nutrición en el paciente politraumatizado en internet y una búsqueda sistemática en las principales bases de datos: scielo, Medline y Pubmed. Las palabras claves que se han empleado son nutrición, politraumatizado y crítico.

4 Resultados

El paciente politraumatismo grave ISS (Injury Severity Score) >15, suele presentar hipercatabolismo metabólico llevando a cabo la producción de hormonas del estrés, contrarreguladoras y aumento en las citoquinas lo que conlleva una alteración en las cifras de glucemia, un aumento de la lipólisis y un catabolismo proteico por lo cual debe iniciarse de manera precoz entre las 24-72 h posteriores a la estabilidad hemodinámica. Se considera la vía enteral (por sonda gástrica o postpilórica) como la vía de elección ya que es la más fisiológica y conlleva menor

riesgo de complicaciones infecciosas con lo que se reduce el tiempo de ingreso hospitalario.

Estos enfermos tienen una elevada incidencia de complicaciones gastrointestinales, siendo la más común de ellas el aumento en el residuo gástrico. En estos casos suele ser eficaz una nutrición enteral postpilórica, ya que suele disminuir de manera importante la neumonía tardía.

Solo en los casos en los que no se puedan llegar a las necesidades nutritivas por vía enteral en los días siguientes o haya contraindicaciones se administrará la nutrición por vía parenteral (a través de una vía intravenosa); en algunos casos se llevarán de manera complementaria para alcanzar los requerimientos nutricionales.

En estos pacientes las necesidades calóricas se encuentran alrededor de 20-35 Kcal/Kg/día y este tiene que estar relacionado con el aporte nitrogenado. A día de hoy hay artículos que recomiendan nutriciones hipocalóricas ya que un aporte en exceso puede resultar dañino para el paciente. Este requerimiento nutricional debe administrarse de la siguiente manera: Glucosa 50-70 % de las kcal totales, lípidos 20-30 % y proteínas superiores al 20 %. En cuanto a la composición de las dietas enterales se ha demostrado que el uso de arginina crea en el paciente una respuesta inflamatoria derivando en una inestabilidad hemodinámica. Por el contrario, se ha visto el beneficio de la glutamina, la cual disminuye la resistencia a la insulina y favorece la creación de neurotransmisores que junto a los omega 3, disminuye el tiempo de ingreso en las unidades de cuidados intensivos y disminuye las infecciones. Además, es recomendable el aporte de vitaminas y minerales (selenio (se), cobre (cu), zinc (zn)) que disminuye la respuesta inflamatoria y aumentan la capacidad de defensa frente a las infecciones.

5 Discusión-Conclusión

Los pacientes politraumatizados críticos deberán tener un soporte nutricional avanzado forma precoz ya sea por vía enteral (sonda gástrica o postpilórica) o parenteral (vía intravenosa) y se necesita que el equipo de enfermería y de técnico en cuidados auxiliares de enfermería (TCAE) están formados de manera adecuada para su correcta administración, evitando errores.

El soporte nutricional es una parte esencial del tratamiento ya que va a reducir la mortalidad y disminuir las complicaciones derivadas de su estancia hospitalaria y reducirá el tiempo de ingreso. La vía de elección será la enteral ya que es la más fisiológica (a menos que esté contraindicada) produciendo menos complicaciones de infecciones que la parenteral.

6 Bibliografía

1. Cuidados críticos y nutrición del paciente politraumatizado. Capítulo 30. [internet] [2017] Disponible en: <https://www.aecirujanos.es/files/documentacion/documentos/libro-trauma-aec-web.pdf>.
2. Recomendaciones para el soporte nutricional y metabólico especializado del paciente crítico. Actualización. Consenso SEMICYUC-SENPE: Indicaciones, momento de inicio y vías de aporte. [internet] [2011]disponible en: <https://www.medintensiva.org/es-pdf-S021056911170002X>.
3. Recomendaciones para el soporte nutricional y metabólico especializado del paciente crítico. Actualización. Consenso SEMICYUC-SENPE: Paciente politraumatizado. [internet] [2011]disponible en: <https://www.medintensiva.org/espdf-S0210569111700146>.

Capítulo 39

CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN PACIENTES CON PROBLEMAS DE ESPINA BÍFIDA

MARIA DE AFRICA RIVAS MONTES

1 Introducción

La espina bífida se define como una malformación congénita del tubo neural. Se describe porque uno o más cuerpos vertebrales posteriores no se cierran completamente a lo largo del embarazo, de manera que, puede producir daños de la médula espinal y del sistema nervioso, ya que no hay protección ósea. Además, puede producir defectos de la médula espinal y en las vértebras, puede producir el 50 % problemas del sistema nervioso central y el 80% hidrocefalia. La mayoría de las veces que nace un niño con esta patología se debe a la falta de ácido fólico, aunque hay otras causas desconocidas. Cada año se ha comprobado que nacen sobre 400.000 niños/as con problemas del tubo neural, en España aproximadamente hay 400 casos de niños con esta enfermedad.

Afecta a diversos órganos, pudiendo producir problemas urinarios, intestinales, neurológicos y alteraciones motoras. Como plasmaremos a lo largo de este trabajo, es fundamental el papel de enfermería, ya que la espina bífida produce una gran dependencia y a su vez una disminución de la calidad de vida del niño y de los familiares. Por ello, es necesario implementar educación para la salud y conocimientos para llevar una vida con la mayor independencia posible.

Encontramos dos tipos de espina bífida: la abierta y la oculta. La incidencia es variable, en España es de 1 caso por cada 1.000 nacidos vivos. La posibilidad de

nacer con espina bífida incrementa si los padres tienen antecedentes de haber tenido otro hijo anteriormente con espina bífida.

La espina bífida aparece más en mujeres y en la población de raza blanca de ascendencia europea. En cuanto al sexo tienen mayor prevalencia en las mujeres que en los hombres.

Se ha comprobado el valor de ingerir de ácido fólico para disminuir alteraciones del tubo neural, comprobándose la disminución del 47 % si la madre toma dicho suplemento a lo largo del embarazo. La mortalidad de malformaciones congénitas es la responsable de un 75 % de muertes en niños.

Las causas por las que se producen estas malformaciones del tubo neural se desconocen, pero se cree está relacionado con mecanismos genéticos, bioquímicos y metabólicos junto a determinadas circunstancias ambientales.

En el año 1652 se describió por primera vez la enfermedad de espina bífida por el médico holandés Nicholas Tul.

Actualmente, debido a los grandes avances, hay una disminución de posibilidades de desarrollar espina bífida, esta se puede disminuir, sencillamente con el hecho de dar educación para la salud. Por todo lo anterior, queremos hacer patente el papel de enfermería en los pacientes con espina bífida, ya que es fundamental abordar la enfermedad desde un enfoque holístico.

2 Objetivos

El objetivo de este capítulo de libro es conocer más profundamente en qué consiste esta patología y dar a conocer la patología general de espina bífida.

3 Caso clínico

Primigesta de 27 años de edad, con 22 semanas de edad gestacional, fue referida a nuestro Servicio Fetal del Hospital Universitario de Ceuta con el diagnóstico de espina bífida abierta. Se realizó una ecografía de morfología detallada, evidenciándose espina bífida abierta (mielomeningocele) desde L3 a S2. Además, se evidenció ventriculomegalia (medición de la asta posterior del ventrículo lateral: 11 mm) y talipes secundarios al defecto principal. El resto del examen fue normal. Se realizó una resonancia magnética fetal, confirmándose los hallazgos vistos en la ecografía. Se le brindó atención amplia a la paciente y se le planteó la opción de la cirugía intrauterina. Se le citó en una semana de nuevo para confirmar si deseaba someterse a la cirugía intrauterina. Se planteó la primera junta médica multidisciplinaria de información. En adelante se llevaron dos juntas médicas adicionales

de coordinación, con la participación de todo el equipo médico responsable de la intervención y además de todo el personal de gestión y administrativo del INMP para la realización de esta primera cirugía. La paciente, en compañía de su esposo, recibió dos extensas charlas, donde se discutió con el equipo multidisciplinario todos los riesgos y beneficios de la intervención. Finalmente, la cirugía se realizó a las 25 semanas de edad gestacional. Tras la cirugía, la paciente pasó a unidad de cuidados intensivos maternos donde permaneció durante las primeras 48 horas. La paciente evolucionó favorablemente y después de 48 horas de monitorización pasó a hospitalización, donde se realizaron los controles rutinarios y fue dada de alta al séptimo día postoperatorio, en condiciones estables. La paciente fue controlada semanalmente con ecografía, donde se evidenció que no hubo aumento del tamaño ventricular y mantuvo un crecimiento normal del perímetro cefálico. Se procedió a realizar una cesárea electiva a las 37 semanas, obteniéndose un recién nacido de sexo femenino adecuado para la edad gestacional, con peso de 2.900 gramos, puntaje Ápgar 8 al minuto 1, y 9 a los 5 minutos y con cobertura completa del defecto espinal. Una vez dada de alta la paciente, el personal sanitario le recomendó que hiciera fisioterapia.

4 Discusión-Conclusión

Encontramos dos tipos de espina bífida: la espina bífida oculta que es la menos grave, se trata un tipo benigno y se diagnostica de forma casual al realizar una radiografía. En segundo lugar, la espina bífida abierta o quística que es la más grave y en ella aparecen lesiones en la columna vertebral. Esta última se clasifica a su vez, en dos subtipos: el meningocele y el mielomeningocele.

En referente al tratamiento, lo más adecuado es una intervención quirúrgica, no soluciona la enfermedad, pero si evita complicaciones. Puede ser, una cirugía fetal abierta que tiene lugar antes del nacimiento entre las semanas 19 y 25. Se está empezando a usar una técnica menos invasiva llamada fetoscopia o puede ser la cirugía posnatal que se hace en las primeras 24 horas de vida del recién nacido. Consiste en regenerar los tejidos neuronales y cerrar la hendidura con colágeno para proteger la columna, médula espinal y meninges.

Las causas y factores de riesgo de la espina bífida se desconocen, aunque no están ligados únicamente al déficit del ácido fólico. Los factores de riesgo se asocian con el déficit de alimentos como el ácido fólico y vitaminas, así como antecedentes familiares, factores genéticos, la edad de ser madre, la metrorragia, el bajo nivel social y enfermedades durante la gestación. También se asocia a factores ambientales y al consumo de medicamentos como antiepilépticos, insulinas.

Por último, podemos destacar que la cirugía intrauterina para la corrección de espina bífida disminuye no solo la morbilidad de los pacientes, sino que también reduce el gasto del sector público en la atención de estos pacientes. Sin embargo, el ejecutar una cirugía fetal abierta requiere de grandes recursos en el diagnóstico prenatal, imágenes, técnica quirúrgica y cuidados maternos. Todos estos elementos deben estar reunidos en el lugar correcto para ofrecer una intervención efectiva y segura a los pacientes.

5 Bibliografía

1. Espina bífida - Wikipedia, la enciclopedia libre [Internet]. Es.m.wikipedia.org. Rescatado de: https://es.m.wikipedia.org/wiki/Espina_b%C3%ADfida.
2. Principal P, salud T. Espina bífida: MedlinePlus en español [Internet]. Medlineplus.gov. Rescatado de: <https://medlineplus.gov/spanish/spinabifida.html>.
3. Espina bífida - Síntomas y causas - Mayo Clinic [Internet]. Mayoclinic.org. Rescatado de: <https://www.mayoclinic.org/es-es/diseases-conditions/spina-bifida/symptoms-causes/syc-20377860>.
4. Espina bífida [Internet]. HealthyChildren.org. Rescatado de: <https://www.healthychildren.org/Spanish/health-issues/conditions/developmental-disabilities/Paginas/Spina-Bifida.aspx>.

Capítulo 40

BULIMIA NERVIOSA: PREVENCIÓN

MARIA GORRIZ ALCAT

CRISTINA GORRIZ ALCAT

1 Introducción

La Bulimia Nerviosa (BN) es un trastorno por el que la persona afectada ingiere cantidades de alimentos superiores a lo que sería normal ingerir en circunstancias similares, acompañada de una clara sensación de pérdida de control que provoca al paciente la necesidad de compensarlo a través del vómito autoinducido, toma incontrolada de laxantes, diuréticos u otros medicamentos, el ayuno o el ejercicio excesivo acompañado todo ello de una obsesión por el peso y la imagen corporal. Fue en 1979 cuando Gerald Russell publicó la primera descripción clínica exacta de la enfermedad, la llamó en su momento “bulimia nerviosa, una variante ominosa de la anorexia nerviosa”.

Su diagnóstico es complicado ya que se trata de una enfermedad que en muchas ocasiones pasa desapercibida, de esta manera, también es complicado su abordaje por parte de los programas de prevención. Se trata de patologías de etiología multifactorial donde intervienen factores genéticos, biológicos, de personalidad, familiares y socioculturales que afectan mayoritariamente a niños, niñas, adolescentes y jóvenes, pero en su mayoría mujeres.

Se quiere analizar tanto los factores etiológicos que la provocan como su incidencia entre la población para poder abordarla de la mejor manera y establecer unos programas de prevención más adecuados, así como poner de manifiesto los tratamientos más utilizados en la actualidad.

2 Objetivos

Definir la patología de bulimia nerviosa así como identificar los factores de riesgo de la misma, conocer su incidencia dentro de la población y definir su etiología y prevención.

Incidir brevemente en los tratamientos que actualmente reciben los pacientes, y sobre todo, en lo complicado de su diagnóstico.

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 en las principales bases de datos: Pubmed, Medline y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

- Subtipos de bulimia nerviosa:

La bulimia nerviosa se clasifica en dos subtipos purgativo y no purgativo. En el primer tipo, el sujeto se provoca el vómito como método de compensación hacia los atracones, o hace un mal uso de laxantes y enemas. Mientras que en el otro caso, el sujeto utiliza como técnicas compensatorias hacia los atracones, periodos de ayuno o práctica de ejercicio físico intenso. Ambas variantes son igual de peligrosas para los pacientes y en numerosas ocasiones estas conductas alimentarias van acompañadas de otros trastornos psicológicos.

- Epidemiología:

Según los datos recogidos y publicados por la Guía de Práctica Clínica sobre Trastornos de la Conducta Alimentaria en el año 2009, en España entre las mujeres en la franja de edad de 12 a 21 años la prevalencia de la bulimia nerviosa era del 0,41 % al 2,9 %. En el caso de varones adolescentes, aunque existen menos estudios su afectación iba del 0 % al 0,36 %.

Otras investigaciones concluyeron que la prevalencia de la bulimia nerviosa entre la población femenina joven era de entre el 0.5 % y el 1.0 %, y además el 90 % de las personas diagnosticadas eran mujeres. Describieron un incremento entre las personas que presentaban esta patología en países desarrollados durante la década de los 70, momento en el que fue definido este desorden alimenticio. Sin

embargo, estos datos son menores en países subdesarrollados y además varían en función de grupos étnicos. Entre mujeres afroamericanas, el ratio de personas que sufren esta patología frente a las que no la sufren es menor que si la comparación se realiza entre las mujeres de raza blanca. Adolescentes y jóvenes adultos son identificados como la población de mayor riesgo de desarrollar desórdenes alimenticios. Estudios internacionales de epidemiología estiman que el 75 % de los casos de anorexia nerviosa y bulimia nerviosa aparecen antes de los 22 años. Se habla por tanto de una enfermedad de extraordinaria importancia, que es y puede llegar a ser más grave, dado que la mortalidad en estos pacientes se sitúa entre el 8 al 10 %, elevándose dicha tasa de mortalidad al 18% en pacientes con más de 30 años de evolución de la enfermedad.

- Criterios para el diagnóstico de la bulimia nerviosa:

Es importante tener unas pautas que guíen para poder dentro de los límites que fija esta enfermedad identificarla lo antes posible. Uno de los criterios para su diagnóstico es la presencia de atracones recurrentes en una persona junto con conductas compensatorias inapropiadas con una frecuencia en ambos casos de como mínimo 2 veces a lo largo de 3 meses, unido a una autoevaluación muy influida por el peso y silueta corporal. Todo ello, puede indicar la presencia de una conducta alimentaria desequilibrada en un individuo, que no tiene por qué aparecer exclusivamente en el trascurso de la anorexia nerviosa, aunque hay que señalar, que son 2 enfermedades que en muchas ocasiones cursan en un mismo paciente.

- Etiología:

Tanto la Anorexia como la Bulimia Nerviosa constituyen los desórdenes mayores de conducta alimentaria de origen psíquico y más importantes dentro de los trastornos de la alimentación.

En muchos casos de bulimia nerviosa además llevaban asociado un desorden psiquiátrico, trastornos de conducta, tales como ansiedad, abuso de sustancias, baja autoestima, perfeccionismo y preocupación por el peso. Es importante conocer la influencia de cada uno de estos factores para poder actuar correctamente de forma preventiva. Desde el punto de vista clínico, la sintomatología es muy amplia presentando tanto una afectación física (como trastornos gastrointestinales, osteoarticulares, hematológicos etc., frutos de los desequilibrios nutricionales), así como psíquica de mayor o menor complejidad. Algunos de los factores de riesgo que describe la Guía de Práctica Clínica sobre Trastornos de la Conducta Alimentaria se pueden clasificar dentro de estos grupos: factores biológicos (genéticos y alteraciones neurobiológicas); factores socioculturales (modelos

familiares sobreprotectores, rígidos y exigentes, conflictivos, y poco cohesionados, familias desestructuradas, antecedentes familiares de trastornos afectivos y sintomatología obsesivo-compulsiva, dieta y/o conducta alimentaria atípica en la familia, obesidad en los padres, alcoholismo (especialmente en padres), hábitos alimentarios poco regulares durante la infancia, profesiones y/o actividades durante la infancia-adolescencia que valoran excesivamente la delgadez y/o el peso, factores psicológicos: trastornos afectivos, trastornos de la personalidad, trastornos obsesivo-compulsivos, preocupación por el cuerpo, excesiva rigidez, perfeccionismo, retraimiento social y baja autoestima entre otros.

- Prevención:

La falta de conocimiento de los factores de riesgo asociados a los desórdenes alimenticios, complican el desarrollo de programas de prevención. Es necesario mayor investigación y juicios bien estructurados, entre los que se incluyen programas de prevención para aquellos estratos de la población en riesgo de desarrollar desórdenes alimenticios.

Según la Campaña de Prevención de los trastornos Alimentarios del Ministerio de Sanidad y Consumo, es bien sabido, y numerosos estudios publicados en nuestro país así lo indican, de la gravedad de las cifras de los Trastornos de Conducta Alimentaria (TCA) en personas sobre todo jóvenes, constituye un problema de salud creciente. El problema que supone se aborda desde distintas perspectivas, desde el Ministerio de Sanidad, los esfuerzos se centran en desarrollar diferentes estrategias, entre las que se encuentran el abordaje de los factores extra sanitarios de este tipo de trastornos. Así pues, se reúnen en una Mesa los diferentes sectores sociales que trabajan desde 1999 y debaten realizando los programas e intervenciones necesarias. Esta Mesa del Ministerio de Sanidad recoge profesionales, representantes y autoridades competentes de los sectores sanitarios (endocrinólogos, psiquiatras, psicólogos expertos en dietética y salud pública, farmacéuticos, colegios profesionales); del sector de la publicidad, los medios de comunicación, la confección textil, las organizaciones no gubernamentales de usuarios y afectados, la administración educativa, el Instituto de la Juventud, Instituto de la Mujer etc. Como resultado, algunos de los programas que desarrolla el Ministerio de Sanidad son actividades de prevención primaria dirigidas preferentemente a las mujeres y los escolares. Además, en la escuela se ha potenciado, el desarrollo de programas de habilidades de vida, y conocimientos y facilidades para que los escolares puedan alimentarse de manera correcta y ser suficientemente activos. Si bien todavía no están definidos claramente los programas para la prevención de la bulimia nerviosa, ya que es difícil detectarla, si es necesario identificar a la población con mayor probabilidad de padecerla y llevar a cabo un plan de preven-

ción para evitar que se desarrollen en aquellas personas trastornos de conducta.

- Tratamiento:

El inicio de los trastornos de conducta alimentaria aparece en la adolescencia y en jóvenes adultos, y está asociada con cargas físicas y psíquicas. Aunque han sido definidas intervenciones prometedoras en la prevención de los desórdenes alimenticios, todavía existen lagunas en cuanto a su tratamiento, ya que no existen evidencias sobre qué intervenciones son las más efectivas. Actualmente, los métodos más extendidos de intervención para tratar esta enfermedad son las terapias de comportamiento cognitivo y antidepresivos (4) ya que en numerosas ocasiones, los desórdenes alimenticios van acompañados de depresión o ansiedad entre otros trastornos psicológicos.

5 Discusión-Conclusión

Los trastornos de conducta alimentaria actualmente son una de las patologías más graves de nuestra sociedad, influida por factores biológicos y socioculturales. aun así, en ocasiones se desconoce su etiología. Si bien está asociada a distintos factores, tanto biológicos como socioculturales o psicológicos, también es igualmente complicada su detección precoz.

La epidemiología entre la población es frecuente, sobre todo, entre el género femenino, aunque si tenemos en cuenta todos los trastornos de alimentación el dato aumenta considerablemente. Además, hay que tener en cuenta los costos para la sociedad para la rehabilitación de estas personas además del coste personal. Sin embargo, los recursos disponibles para este tipo de enfermedades, así como para su prevención, diagnóstico y tratamiento no se ajustan a sus alarmantes cifras. Se necesita más investigación para así poder desarrollar programas más personalizados. Además es necesario invertir en programas de prevención y de detección precoz, aun así sigue siendo muy complicado su diagnóstico, como ya se ha dicho, por la dificultad de la detección de la enfermedad.

6 Bibliografía

1. López-Ibor Aliño J.J. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (1ª ed.). (2002). Barcelona: Elsevier España S.L.
2. Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre Trastornos de la Conducta Alimentaria. Guía de Práctica Clínica sobre Trastornos de la Conducta Alimentaria. Madrid: Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de

Sanidad y Consumo. Agència d'Avaluació de Tecnologia i Recerca Mèdiques de Catalunya. [Internet]. 2009. [Acceso: 30/03/2022]. Guías de Práctica Clínica en el SNS: AATRM Núm. 2006/05-01.

3. Hay, P.J., Claudino, A. Bulimia nervosa. Clinical evidence. BMJ Publishing Group Ltd. [Internet]. 2010. [Acceso: 30/03/2022]. 07:1009. Disponible en: http://www.academia.edu/13988227/Bulimia_nervosa.

4. Bailey, A., Parker, A., Colautti, L., Hart, L., Liu, P., Hetrick, S. Mapping the evidence for the prevention and treatment of eating disorders in Young people. Journal of Eating Disorders. [Internet]. 2014. [Acceso: 01/04/2022]. 2:5. Disponible en: <http://www.jeatdisord.com/content/2/1/5>.

5. Campaña de prevención de los Trastornos Alimentarios del Ministerio de Sanidad y Consumo. [Internet]. Disponible en: http://www.informajoven.org/info/salud/k_1_2_1_1.asp.

6. Rodríguez Martín, A., Novalbos Ruiz, J.P., Martínez Nieto, J.M., Escobar Jiménez, L., y Castro de Haro, A.L. Trastornos del Comportamiento Alimentario en un Área de Salud, análisis de su situación evolutiva y su relación con variables personales y familiares. Cuadernos de Medicina Psicosomática y psiquiátrica de enlace. [Internet]. 2005. [Acceso: 01/04/2022]. 74: 18-27. Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/28099906_Trastornos_del_Comportamiento_Alimentario_en_un_Area_de_Salud_analisis_de_la_situacion_evolutiva_y_su_relacion_con_variables_personales_y_familiares.

7. Pratt, B.M., Woolfenden, S.R. Intervenciones para prevenir los trastornos de la alimentación en niños y adolescentes. Biblioteca Cochrane Plus. [Internet]. 2009. [Acceso: 01/04/2022]. Disponible en: <http://www.biblioteca-cochrane.com/BCPGetDocument.asp?SessionID=11791256&DocumentID=CD002891>.

Capítulo 41

EL TRATAMIENTO DIRIGIDO DE LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL EN EL ÁMBITO DE LA ATENCIÓN PRIMARIA

SARA MUÑOZ MARÍN

LORENA ORTIZ ORTIZ

ELENA MUÑOZ MARÍN

1 Introducción

La hipertensión arterial es una enfermedad crónica. “Es la fuerza que ejerce la sangre contra las paredes vasculares (arterias) al ser bombeada por el corazón”. Por tanto, cuanto más elevada sea la tensión el corazón va a tener que ejercer más fuerza para bombear la sangre. Por eso se considera uno de los principales factores de riesgo de las enfermedades cardiovasculares.

Se suele denominar la enfermedad “silente” porque no produce síntomas claros y estos además pueden tardar mucho tiempo en manifestarse provocando en consecuencia enfermedades cardíacas, accidentes cerebrovasculares, problemas oftalmológicos, insuficiencia renal, etc. En ocasiones, se manifiesta provocando cefaleas, confusión, náuseas o vómitos, sangrado nasal y problemas oftalmológicos. La medición de la presión arterial generalmente se hace en base a dos cifras. La cifra superior se denomina presión arterial sistólica (es la tensión que genera el corazón cuando bombea sangre al resto del cuerpo) y la inferior presión arterial diastólica (es la presión en los vasos sanguíneos entre los latidos cardíacos). Una o ambas cifras pueden ser demasiado altas.

Se considera presión arterial normal cuando es menor a 120/80 mm Hg la mayoría de las veces. Más adelante vamos a incidir en los valores que van a dar lugar a la hipertensión clasificándose en varios tipos.

2 Objetivos

Objetivo principal:

- Ampliar y desarrollar conocimientos en profundidad sobre el abordaje de los pacientes que padecen hipertensión arterial.

Objetivos secundarios:

- Concienciar sobre los hábitos saludables que ha de adoptar este colectivo.
- Resaltar la elevada incidencia de esta patología en el ámbito de la atención primaria.
- Destacar la importancia del personal de enfermería como parte esencial de los cuidados de estos pacientes.

3 Metodología

Para desarrollar este capítulo se ha realizado una investigación consistente en una revisión bibliográfica de estudios tanto de ámbito nacional como internacional, usando una serie de “palabras clave” (enfermedad crónica, cuidados de enfermería, tensión arterial, atención primaria) que he introducido en diversas bases de datos, tales como; Medline, PubMed, Scielo, Google Académico y Dialnet revisando numerosos artículos, tratando de seleccionar aquellos más idóneos que se ajustan a los contenidos fundamentales del capítulo.

4 Resultados

La hipertensión arterial se clasifica en varios tipos; normal (de 120/80 a 129/84 mmHg), normal alta (de 130/80 a 139/89 mmHg), estadio I de hipertensión (de 140/90 a 159/99 mmHg), estadio II de hipertensión (de 160/100 a 179/109 mmHg) y estadio III de hipertensión (mayor de 179/109 mmHg).

En cuanto al diagnóstico, la medición habitual de la presión arterial se realiza mediante los esfigmomanómetros, popularmente conocidos como tensiómetros, que se someten frecuentemente a las homologaciones y validaciones reglamentarias. La primera línea de actuación frente a la detección de la hipertensión son los equipos de atención primaria (médicos y enfermeros). En la consulta disponen

de esfigmomanómetros de aire y aparatos electrónicos para realizar mediciones periódicas con el fin de detectar esta patología lo antes posible para evitar complicaciones ulteriores.

Otros ámbitos que ayudan a identificar la hipertensión y que advierten a los pacientes y derivan a los especialistas son los reconocimientos médicos rutinarios que hacen las empresas.

Estos controles periódicos son fundamentales porque se realizan normalmente en personas consideradas normalmente sanas hasta ese momento y pueden ayudar a identificar la hipertensión arterial.

Para tratar la hipertensión uno de los objetivos fundamentales que se han de plantear desde el abordaje de enfermería es la mejora de los hábitos de vida; el paciente ha de llevar una dieta saludable, disminuir el consumo de azúcares, grasas y calorías y aumentar la práctica frecuente de ejercicio físico (moderado y ajustado a cada persona para combatir el sedentarismo con una media de 30 minutos de actividad aeróbica diaria) con el fin de un mejor control del peso porque si el peso es adecuado es una manera sencilla de controlar la hipertensión. También, se recomienda evitar el consumo de alcohol y dejar de fumar.

La dieta mediterránea es la dieta de elección para conseguir reducir la tensión arterial. Se recomienda una restricción moderada de sal (su consumo no debe superar los 3 o 4 g al día) y aumentar la cantidad de potasio consumiendo muchas frutas, verduras y granos enteros con el objetivo de reducir también el peso si fuera excesivo en un 5 o 10 %.

En caso de que el objetivo anterior no funcione, hay tratamientos farmacológicos muy útiles disponibles para controlar la presión arterial.

Los fármacos para la hipertensión se dividen en los siguientes grupos: antagonistas del calcio, diuréticos (tiazidas, indapamida y clortalidona), inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina (IECAs), antagonistas de los receptores de la angiotensina II (ARA-II), betabloqueantes y alfabloqueantes.

Al tratarse de una enfermedad crónica es esencial que los pacientes tengan adherencia al tratamiento y no se relajen con el cumplimiento de estas medidas, ya que una hipertensión mal controlada puede desencadenar complicaciones cardiovasculares mayores (infarto de miocardio, ictus, problemas de retorno venoso). Últimamente el grado de control de la hipertensión ha ido aumentando al mejorar los tratamientos mediante la intensificación de los mismos y por el aumento de la concienciación de mejorar los hábitos de vida.

Por otro lado, cabe destacar que las enfermedades cardiovasculares siguen siendo la principal causa de complicaciones y de mortalidad a nivel mundial.

El personal sanitario generalmente va a recomendar la automedicación de la pre-

sión arterial a los pacientes (excepto cuando se trata de pacientes que se obsesionan fácilmente con tendencia a la automedicación). Este método es efectivo porque permite medir la tensión fuera de la consulta, en su vida diaria evitando así el fenómeno de la “bata blanca” (provoca la elevación de la tensión arterial un poco con respecto a su cifra habitual al estar enfrente del personal sanitario y al ponerse nerviosos). La automedición debe realizarse por la mañana y por la noche, tras un reposo previo de tres minutos mínimo con el brazo apoyado sobre la mesa y la espalda apoyada en la silla. Posteriormente, se deben registrar los resultados obtenidos en un cuaderno que será revisado por el personal de enfermería cuando acuda a consulta para poder valorar su tratamiento.

5 Discusión-Conclusión

En base a la prevención de la hipertensión cabe resaltar que el adoptar un estilo de vida saludable (dieta saludable, dejar de fumar y practicar ejercicio físico), evitando el sobrepeso y la obesidad, puesto que son los factores principales que van a prevenir la aparición de esta patología. También, influye la predisposición genética, poseer un estado anímico de estrés o ansiedad, diabetes, etc. Cuando no se identifica ninguna causa de hipertensión ésta se denomina esencial y cuando está causada por otra afectación o fármaco se denomina secundaria (hiperparatiroidismo, estenosis de la arteria renal, síndrome de Cushing, píldoras anticonceptivas, etc.).

Hay una serie de factores que pueden afectar a la presión arterial, tales como; el estado renal, sistema nervioso, vascular, niveles hormonales, cantidad de agua y sal del organismo, etc. Hay más predisposición con el envejecimiento porque los vasos sanguíneos se vuelven más rígidos, lo que desencadena que la presión arterial se eleve.

Las arterias van a sufrir las primeras consecuencias de la hipertensión, ya que se van endureciendo a medida que soportan la elevada presión de forma continua y se van engrosando dificultando el riego sanguíneo, favoreciendo la formación de placas de ateroma (arterioesclerosis).

Ante la elevada incidencia y prevalencia de esta enfermedad crónica en la población (alrededor del 40 %), las alteraciones cardiovasculares que ocasiona y el riesgo de padecer un ictus o infarto cardiaco su abordaje es esencial especialmente desde la perspectiva de la atención primaria para conseguir un diagnóstico precoz al ser una enfermedad que no produce síntomas claros.

Por tanto, los enfermeros de atención primaria serán los encargados de crear programas adecuados a las necesidades de estos pacientes (control de constantes

vitales, a la hora de realizar la medición mantener en reposo al paciente, controlar balance hídrico y diuresis, administración de fármacos prescritos, orientar a los familiares sobre esta patología y su abordaje) motivando a los pacientes a realizar una automedicación regular y periódica con el objetivo de controlar la evolución de la enfermedad y optimizar así su calidad de vida, favoreciendo en todo momento su bienestar personal y su autoestima para conseguir así la adhesión al tratamiento propuesto.

6 Bibliografía

1. Hall JE, Guton Hall. Tratado de fisiología médica. 13ra ed. Barcelona: Elsevier. 2016.
2. Zipes DP, Libby P, Bonow RO, Mann DL, Tomaselli GF. Braunwald: Tratado de cardiología. Texto de medicina cardiovascular. 11na ed. Barcelona: Elsevier. 2019.
3. Whelton PK, Carey RM, Aronow WS, Casey Jr DE, Collins KJ, Dennison Himmelfarb C, et al. ACC/ AHA/ AAPA/ ABC/ ACPM/ AGS/ APhA/ ASH/ ASPC/ NMA/ PCNA. Guideline for the Prevention, Detection, Evaluation, and Management of High Blood Pressure in Adults Executive Summary: A report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Clinical Practice Guidelines. Hypertensionl. 2018. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29133354>.
4. Comisión Nacional Técnica Asesora del Programa de Hipertensión Arterial. Guía Cubana de Diagnóstico, Evaluación y Tratamiento de la Hipertensión Arterial Cuba. La Habana: MINSAP. 2017.
5. Jamerson K, Weber MA, Bakris GL, Dahlof B, Pitt B, Shi V, et al (ACCOMPLISH Trial Investigators). Benazepril plus amlodipine or hydrochlorothiazide for hypertension in high-risk patients. N Engl J Med. 2008. Available from: <https://doi.org/10.1056/NEJMoa0806182>.
6. Dahlof B, Devereux RB, Kjeldsen SE, Julius S, Beevers G, de Faire U, et al (LIFE Study Group). Cardiovascular morbidity and mortality in the Losartan Intervention For Endpoint reduction in hypertension study (LIFE): a randomised trial against atenolol. Lancet. 2002. Available from: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(02\)08089-3](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(02)08089-3).
7. James PA, Oparil S, Carter BL, Cushman WC, Dennison Himmelfarb C, Handler J, et al. Evidence-based guideline for the management of high blood pressure in adults: report from the panel members appointed to the Eighth Joint National Committee. 2014. Available from: <https://jamanetwork.com/journals/jama/fullarticle/1791497>.

8. Williams B, Mancia G, Spiering W, Agabiti E, Azizi M, Burnier M, et al. Guía ESC/ESH sobre el diagnóstico y tratamiento de la hipertensión arterial. *Rev Esp Cardiol*. 2019. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.recesp.2018.11.022>.
9. Peña Velázquez A, Rojas-Velázquez JM, Machín-Legón M, Giralt-Herrera A. Consumo de antihipertensivos en el Hospital "Manuel Fajardo". *Rev haban cienc méd*. 2018. Available from: <http://www.revhabanera.sld.cu/index.php/rhab/article/view/2305>.

Capítulo 42

LA DEPRESIÓN EN EL ADULTO MAYOR

MARIA GORRIZ ALCAT

CRISTINA GORRIZ ALCAT

1 Introducción

El envejecimiento en la población es una condición que se da en cualquier sociedad moderna, y como tal, dentro de nuestro país la demografía evoluciona hacia una sociedad envejecida. La esperanza de vida aumenta y como consecuencia lo hace la población geriátrica. Según el Instituto Nacional de Estadística (INE), la población de 65 años y más supondrá el 26.5% del total en el año 2035. La depresión es un trastorno psiquiátrico común entre personas de edad avanzada que frecuentemente se asocia a discapacidad, mayores tasas de mortalidad y morbilidad así como a una mayor utilización del sistema sanitario suponiendo un incremento de los costes a nivel económico tanto social como personal, además de presentar efectos negativos en otras esferas de la vida del anciano. Puede llegar a afectar a más del 13 % de la población mayor de 55 años, siendo aproximadamente un 2 % de estas personas las que presentan formas más graves de esta patología. A pesar de los datos, se trata de una condición que a menudo resulta infra diagnosticada y como consecuencia escasamente tratada. Algunos autores atribuyen este infra diagnóstico a las diferentes herramientas utilizadas para su valoración y criterios impuestos. Por otro lado, es importante resaltar que la depresión en el adulto mayor presenta numerosas variantes por lo que su identificación se complica (1).

Desde los momentos más restrictivos que vivimos derivados de la pandemia provocada por el Covid-19, la sociedad y en particular las personas mayores se enfrentan a situaciones duras que pueden provocar elevadas tasas de enfermedades mentales, como la depresión derivada del modelo vivido asociado al aislamiento o como consecuencia de la emoción de la soledad o la incertidumbre. Como resultado, algunos autores describen cómo las restricciones vividas pueden provocar que la población geriátrica vea comprometida su estado psíquico con trastornos como la depresión, la ansiedad o el estrés. Añaden además, que los procesos biológicos propios que surgen con la edad, el estrés, los trastornos psiquiátricos, y la situación derivada de la pandemia sugieren que puede favorecer un sinergismo, lo que conduce a un aumento de la gravedad de los trastornos sobre la salud mental y física de los ancianos (2). Desde el comienzo de la pandemia la prevalencia de la depresión en adultos mayores se ha incrementado presentando cifras que pueden oscilar entre el 14.6 % (3) y el 49.7 % (4) mientras que las admisiones psicogeriátricas han sufrido un aumento de más del 21 % (5). Diferentes autores han investigado la relación observada entre los pacientes hospitalizados y la sintomatología depresiva que pueden presentar, encontrándose que está presente en un 21.5 % (16.3 % en hombres y un 31.8 % en mujeres), apareciendo mayores niveles de depresión y/o ansiedad en aquellos que sentían que su dolencia era de mayor gravedad (6). Teniendo en cuenta todos aquellos mayores ingresados con complicaciones derivadas del coronavirus y la gravedad que presentaban, es normal asumir que la aparición de depresión sea una constante en muchos de ellos.

Finalmente, es importante analizar la prevalencia de la depresión entre la población geriátrica antes y durante la pandemia como un punto de inflexión que ha potenciado un aumento de esta patología, así como identificar aquellos factores predisponentes y protectores frente a ella y reconocer su presentación clínica mediante un correcto protocolo de evaluación con el objetivo de proporcionar el tratamiento más apropiado.

2 Objetivos

Conocer las características de la depresión en el adulto mayor.

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 en las principales bases de datos: Pubmed, Medline y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

Epidemiología:

Los trastornos depresivos son un importante problema de salud pública, es conocido que entre otros factores, aumentan con la edad. En la actualidad, el 19.58% de las personas tienen 65 años o más, lo que indica la dimensión que los problemas mentales pueden suponer entre la sociedad. La depresión está descrita como el trastorno afectivo más frecuente entre personas mayores de 60 años y especialmente entre los adultos del sexo femenino (6).

Diferentes estudios confirman que desde la década de 1980, la diferencia en la esperanza de vida al nacimiento entre hombres y mujeres, conocida como brecha de género en esperanza de vida al nacimiento (BGEV), ha ido disminuyendo en los países desarrollados, y de todos ellos, los que lo han hecho con mayor intensidad han sido los países occidentales (7).

La tercera edad es una etapa muy significativa para las personas, es el momento de la vida donde aparecen cambios en diferentes dimensiones, surgen las pérdidas de seres queridos, de trabajo, y un sin fin de modificaciones que pueden desembocar en la presentación de depresión. Dentro de la comunidad los datos de la depresión entre los adultos mayores informan de valores superiores al 10%, tal como indican los estudios realizados en nuestro país incluidos en el EURODEP. Sin embargo, algunos autores identifican la existencia de formas “menores” o “leves” que reportan gran sufrimiento en el anciano y pueden ser superiores al 22 %. Por otro lado, entre los mayores hospitalizados las prevalencias pueden ser cercanas al 30 % y entre aquellos que se encuentran institucionalizados en residencias los datos son superiores al 35 % (8).

En algún momento de su vida, casi un 20 % de las personas residentes en España ha presentado algún trastorno mental según los criterios del DSM-IV, (“The Diagnostic and Statistical Manual for Mental Disorders”). El episodio depresivo mayor es el más usual, con una prevalencia de 3.9 %, presentando en las mujeres cifras de más del doble que en los hombres, un 5.62 % frente a un 2.15 %. Finalmente indicar que la probabilidad de que una persona sufra depresión a lo largo de su vida es superior a la de otros trastornos mentales como los de ansiedad o consumo de sustancias (6). La prevalencia de la depresión entre las personas mayores se ha visto incrementada como consecuencia de la pandemia provocada por el Covid-

19 desde marzo de 2020, por lo que es importante destacar cómo los datos de depresión en el adulto mayor se han incrementado alcanzando cifras entre el 14.6 % (3) y el 49.7 % (4), como consecuencia entre otros motivos del aislamiento y la soledad impuestas como medidas de prevención frente a la infección (8).

Factores de riesgo:

La depresión está descrita en personas ancianas al igual que entre los jóvenes como una enfermedad multifactorial definida como el resultado de la conjunción de múltiples elementos, por lo que su origen se determina como biopsicosocial. Están ampliamente estudiados aquellos factores predisponentes de este trastorno mental sobre el anciano, siendo el primero de ellos la propia edad así como los cambios sociales y biológicos que experimentan durante esta etapa (2). Sin embargo, es importante diferenciar el momento clave asociado a la historia reciente y cuyo resultado sobre los trastornos mentales ha fomentado un aumento, como es la época previa a la pandemia mundial en marzo de 2020 y después de ese suceso, ya que, como se ha comentado, la prevalencia de este estado mental se vio incrementada de manera alarmante. Los elementos identificados como predisponentes así como protectores sobre la aparición de esta condición de manera previa a la pandemia son los siguientes:

Factores predisponentes: Sexo femenino, bajos ingresos, estado civil soltera/o, Nivel de autopercepción de estado de salud medio/bajo, diagnóstico de diabetes, pasar eventos adversos en la vida, Falta de apoyo social, padecer enfermedades cardiovasculares, Presentar discapacidad funcional (9).

Factores protectores: buen apoyo social, Salud mental óptima (9).

Respecto al género femenino está identificado que las mujeres padecen un riesgo más elevado de presentar síntomas depresivos (2,10) pudiendo llegar a una incidencia aproximadamente del doble respecto a los hombres (11). La falta de equidad entre géneros puede representar una causa de sufrimiento de numerosas mujeres en el mundo, pudiendo conllevar peores condiciones de salud mental (12). De hecho, como se ha comentado, está identificado que la depresión se llega a presentar con una incidencia de más del doble entre las mujeres en la población anciana que entre los varones del mismo grupo etario (8).

Algunos autores añaden que las personas mayores y aquellas con más autopercepciones positivas del propio envejecimiento parecen estar más protegidas ante las consecuencias del confinamiento sobre su salud mental (4). Por otro lado, durante la pandemia, algunos autores han identificado el miedo, la incertidumbre, la soledad, el aislamiento, el temor y la preocupación por la salud, o la pérdida de servicios de apoyo de los que depende así como la situación financiera de

las personas como factores predisponentes de presentar una enfermedad mental. De la misma manera, los cambios en los patrones de sueño o de la alimentación así como el agravamiento de aquellos problemas de salud crónicos, junto con el mayor consumo de tabaco y/o alcohol y otras sustancias fueron determinantes para el aumento de la aparición de este tipo de enfermedades (13).

Presentación clínica:

La Organización Mundial de la Salud (2006) menciona que la depresión en ancianos de forma habitual no se diagnostica en sus fases tempranas como consecuencia de las múltiples variantes que toma, y por lo tanto, esto favorece una mayor discapacidad (14).

Está identificado que cuando un paciente mayor afectado por depresión acude a un centro de atención primaria, no refiere como motivo principal de consulta el estado depresivo, si no que expone síntomas físicos como: fatiga, pérdida de peso, dolor, múltiples síntomas médicos inexplicables, fallos de memoria, pérdida de relaciones sociales, anorexia, astenia, problemas en el cuidado personal e incremento en el consumo de medicación como tranquilizantes o alcohol. Otras características definitorias de este trastorno que pueden presentar son la tristeza, llanto fácil, aislamiento, falta de concentración, trastornos del sueño, labilidad emocional y en sus formas más graves se puede llegar a la agitación e ideación suicida (15). Es posible que el paciente no relacione directamente estos síntomas con un estado depresivo, sin embargo el profesional sanitario ante estos hallazgos debería tener un elevado índice de sospecha de que la depresión se sitúe en la base del cuadro clínico del paciente (16).

En cuanto a las posibles diferencias respecto a la sintomatología presentada en relación a la edad, añadir que en la depresión padecida por ancianos aparecen características clínicas relativamente similares a las que muestran personas más jóvenes, no generando cambios importantes dentro del cuadro clínico, sin embargo, se ve dificultada por las comorbilidades que pueden presentar este grupo etario (17). Finalmente, en el estudio de Eduarda Grolli et al. (28), relacionan los problemas psiquiátricos y neurodegenerativos con la actual pandemia. Entre ellos menciona que la depresión y los estados de ánimo actúan como cofactores para padecer unos efectos de la infección por Covid más agresivos, así como, considerar que las enfermedades mentales y el trastorno de estrés postraumático (TEPT) presentan una desregulación de citocinas proinflamatorias circulantes y derivando de este evento, se puede agravar la condición infecciosa provocada por el virus. Explican que la neuroinflamación es un factor biológico presente en la patología en el trastorno depresivo mayor (TDM) y además un factor agravante relevante en la infección del Covid-19. Se trata de unos de los mediadores proin-

flamatorios críticos que aparecen en el trauma, el abuso, el maltrato infantil y el trastorno de la ansiedad, los cuales se han visto como responsables del empeoramiento de los síntomas de la Covid. Los mediadores inflamatorios que surgen de patologías psiquiátricas tales como la ansiedad y la depresión, cuyos valores varían en función de la gravedad de los síntomas que presente la persona, se asocian a las vías de inflamación inducida por la activación de enzimas durante la infección por Covid agravando sus síntomas, tal y cómo se ha mencionado (28).

Diagnóstico:

En el proceso de diagnóstico de la depresión en el anciano es necesario la diferenciación del origen del cuadro depresivo, especialmente si es de aparición tardía, abordando cuatro posibilidades: un trastorno depresivo mayor unipolar de aparición tardía, un cuadro depresivo como pródromo de un trastorno orgánico cerebral (demencia, enfermedad cerebrovascular, enfermedad de Parkinson), un trastorno depresivo secundario a una enfermedad médica (algunos síntomas depresivos como la apatía, la astenia o la disminución del apetito pueden dificultar el diagnóstico entre la depresión y algunas enfermedades físicas), o un trastorno de adaptación secundario a las modificaciones psicosociales y a pérdidas asociadas con frecuencia al envejecimiento (18).

El diagnóstico de la depresión se puede realizar utilizando distintos instrumentos, como son la entrevista clínica o la aplicación de escalas orientativas. En todo caso, el primer paso para detectar la depresión en el anciano debe comenzar con una valoración neurológica y del estado mental, así como conocer el consumo de fármacos y alcohol diarios.

En la bibliografía se describen múltiples herramientas validadas para la evaluación de la depresión, incluyendo entre ellas escalas y cuestionarios auto administrados (19). Estas escalas de evaluación además de ser útiles para la detección de la presencia de síntomas depresivos, representan una importante ayuda para la cuantificación de los mismos y su monitorización en el tiempo, permitiendo apreciar cambios con el tratamiento. Entre los métodos actualmente más empleados para la valoración de la depresión en población mayor se encuentran la Geriatric Depression Scale (GDS) (20, 21, 22) y el

Patient Health Questionnaire 9 (PHQ-9) (23). Ambas son herramientas auto administradas en las cuales el paciente evalúa la presencia y la frecuencia de una serie de síntomas compatibles con un estado depresivo. En adultos mayores, al ser frecuente el solapamiento de los síntomas depresivos con condiciones que comprometan la función cognitiva de la persona, puede estar indicada la monitorización de esta última. Un ejemplo de herramienta de evaluación del estado cognitivo que se puede aplicar fácilmente a pacientes mayores es la Mini-Mental

State Examination (24). Los profesionales utilizan algunos test y escalas de depresión específicamente validadas y adaptadas a la población mayor, cuya aplicación se puede dar tanto en residencia como en atención primaria para la detección de la depresión como son:

La escala de depresión geriátrica de Yesavage: es la más usada en el cribado de la detección de depresión en pacientes mayores, se trata de una batería de preguntas con respuestas dicotómicas (si/no) que se le realizan al anciano (25). La escala de Goldberg, que valora tanto síntomas depresivos como ansiosos, donde se pregunta al paciente por la presencia durante las últimas 2 semanas de 4 síntomas ansiosos y 4 depresivos (26). La escala de Hamilton es una escala de valoración afectiva subjetiva que valora la depresión y la ansiedad en la persona. El test consta de 21 ítems que valoran el estado anímico, existencia de sentimientos de culpabilidad, ideación suicida, alteraciones del ritmo de sueño, cambios en el comportamiento, y posible aparición de síntomas de afectación psicósomática y neuróticos (27).

A pesar de los instrumentos y herramientas con los que se cuenta, establecer un diagnóstico de depresión en pacientes mayores puede resultar más complicado que en personas jóvenes, debido a comorbilidades físicas y la presencia de deterioro cognitivo. El Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-5) (“The Diagnostic and Statistical Manual for Mental Disorders”) establece criterios para el diagnóstico de episodios de depresión mayor en el anciano (16). El criterio utilizado para establecer el diagnóstico de depresión grave se basa en el hallazgo de la sintomatología propia de la enfermedad en el paciente, según la cual, deben estar presentes durante un periodo de 2 semanas durante casi todos los días, al menos 5 de los síntomas presentados en la tabla 3 (16). Se diagnosticará depresión leve en aquellas personas que presentan al menos 2 de los síntomas descritos en la tabla, incluyendo de forma necesaria la actitud depresiva, durante las últimas 2 semanas (4,5).

5 Discusión-Conclusión

La depresión es una patología presente ampliamente en la sociedad y de elevada prevalencia entre el grupo de personas ancianas. Según el estudio EURODEP las cifras que se presentaban en la sociedad de manera previa a la pandemia provocada por el Covid-19 informaban de valores superiores al 10 %. Sin embargo, algunos autores identifican la existencia de formas “menores” o “leves” que también provocan padecimiento a la población y pueden ser superiores al 22 %. Está descrito que la depresión en personas ancianas es una enfermedad multi-

factorial, aunque desde el cambio social, económico y vital que ha ocurrido, los factores asociados a su aparición son distintos a los previos a la pandemia. Durante la pandemia, algunos autores han identificado la aparición de otros nuevos factores implicados en la depresión como son el miedo, la incertidumbre, la soledad, el aislamiento, el temor y preocupación por la salud, o la pérdida de servicios de apoyo de los que depende así como la situación financiera de las personas. De la misma manera, los cambios en los patrones de sueño o de la alimentación así como el agravamiento de aquellos problemas de salud crónicos, junto con el mayor consumo de tabaco y/o alcohol y otras sustancias fueron determinantes para el aumento de la aparición de este tipo de enfermedades mentales.

6 Bibliografía

1. Calderón M Diego. Epidemiología de la depresión en el adulto mayor. *Rev Med Hered*, 2018; 29(3): 182-191.
2. Grolli, R.E., Mingoti, M.E.D., Bertollo, A.G., Luzardo, A.R., Quevedo, J., Réus, G.Z., et al. Impact of COVID-19 in the Mental Health in Elderly: Psychological and Biological Updates. *Mol Neurobiol* [Internet]. 2021; Disponible en: <https://www.embase.com/search/results?subaction=viewrecord&id=L2010124774&from=export>.
3. Lei, L., Huang, X., Zhang, S., Yang, J., Yang, L., Xu, M. Comparison of Prevalence and Associated Factors of Anxiety and Depression Among People Affected by versus People Unaffected by Quarantine During the COVID-19 Epidemic in Southwestern China. *Med Sci Monit Int Med J Exp Clin Res*. 2020; 26: 924609–924609.
4. Losada Baltar, A., Jiménez Gonzalo, L., Gallego Alberto, L., Pedroso Chaparro, M.S., Fernandes Pires, J., Márquez Gonzále. “We’re staying at home”. Association of self-perceptions of aging, personal and family. *Gerontol Soc Am*. 2020, 18; 76(2):10-16.
5. Lee, A.T.C., Mo, F.Y.M., Lam, L.C.W. Higher psychogeriatric admissions in Diagnóstico-19 than in severe acute respiratory syndrome. *Int J Geriatr Psychiatry*. 2020; 35(12):1449–57.
6. Cardila Fernandez F., Martos Martinez A., Barragán Martín A.B., Pérez-Fuentes M^a. C., Molero Jurado M^a M., Gázquez Linares J.J. Prevalencia de la depresión en España: Análisis de los últimos 15 años. *European Journal of Investigation in Health, Psychology and Education* 2015, Vol. 5, (2): 267-279.
7. García Gonzalez J.M., Grande R. Cambios en las diferencias por sexo en la

- esperanza de vida en España (1980-2012): descomposición por edad y causa. *Gac Sanit* 32 (2)Mar-Apr 2018.
8. Arias Molina Y., Herrero Solano Y., Cabrera Hernández Y., Chibás Guyat D., García Mederos Y. Manifestaciones psicológicas frente a la situación epidemiológica causada por la Diagnóstico-19. *Rev Haban cienc méd* vol.19 supl.1 La Habana 2020 Epub 10-Junio-2020.
 9. Qiu Q. wei, Qian S., Li J. yu, Jia R. xia, Wang Y., quan, Xu. Y. Risk factors for depressive symptoms among older Chinese adults: A meta-analysis. *J Affect Disord.* 2020; 277(199):341–6.
 10. De los Santos P.V., Carmona Valdés S.E. Prevalencia de depresión en hombres y mujeres mayores en México y factores de riesgo. *PSM* vol. 15 n.2 San Pedro Jan/Jun.2018
 11. Piccinelli, M., Wilkinson, G. Gender differences in depression. *Br J Psychiatry.* 2000; 177:486–93.
 12. Acciai, F., Hardy, M. Depression in later life: A closer look at the gender gap. *Social Science Research.* Elsevier Inc., 2017(68):163–175.
 13. Valero Cedeño, N.J., Vélez Cuenca, M.F., Duran Mojica, A.A., Torres Portillo, M. Afrontamiento del COVID-19: estrés, miedo, ansiedad y depresión? *Enferm Inv.* 2020;5 (3):63-70
 14. Organización Mundial de la Salud, Depresión en el Adulto Mayor.
 15. Monroy Rojas, A., Contreras Garfias, M.E., García Jiménez, M.A., Hilario, A.G. Factores de riesgo para presentar depresión en los Adultos Mayores. XVI Coloquio Panamericano de Investigación en Enfermería, Cuba 2018.
 16. American Psychiatric Association, editor. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders.* 5th ed. Washington D.C.: American Psychiatric Association; 2013.
 17. Hegeman, A.J.M., Kok, R.M., Van Der Mast, R.C., Giltay, E.J. Phenomenology of depression in older compared with younger adults: Meta-analysis. *Br J Psychiatry.* 2012; 200(4):275–281.
 18. Galindo Ortiz de Landázuri, J., Olivera Pueyo, F.J. La depresión del anciano vista por el geriatra. *Informaciones Psiquiátricas*, 2020; 239: 37-41.
 19. Balsamo, M., Cataldi, F., Carlucci, L., Padulo, C., Fairfield, B. Assessment of latelife depression via self-report measures: A review. *Clin Interv Aging.* 2018; 13:2021–44.
 20. Pocklington, C., Gilbody, S., Manea, L., McMillan, D. The diagnostic accuracy of brief versions of the Geriatric Depression Scale: a systematic review and meta-analysis. *Int J Geriatr Psychiatry.* 2016; 31(8):837–57.
 21. Mitchell AJ, Bird V, Rizzo M, Meader N. Which version of the geriatric de-

- pression scale is most useful in medical settings and nursing homes? diagnostic validity meta-analysis. *Am J Geriatr Psychiatry* [Internet]. 2010; 18(12):1066–77. Available from: <http://dx.doi.org/10.1097/JGP.0b013e3181f60f81>.
22. Krishnamoorthy Y, Rajaa S, Rehman T. Diagnostic accuracy of various forms of geriatric depression scale for screening of depression among older adults: Systematic review and meta-analysis. Vol. 87, *Archives of Gerontology and Geriatrics*. Elsevier Ireland Ltd; 2020. 104002.
 23. Kroenke, K., Spitzer, R.L., Williams, J.B.W. The PHQ-9: Validity of a brief depression severity measure. *J Gen Intern Med*. 2001;16 (9):606–613.
 24. Mitchell, A.J. A meta-analysis of the accuracy of the mini-mental state examination in the detection of dementia and mild cognitive impairment. *J Psychiatr Res*. 2009;43 (4):411–31.
 25. Gómez-Angulo C., Campo-Arias A. Escala de Yesavage para Depresión geriátrica (GDS-15 y GDS-5): estudio de la consistencia interna y estructura factorial. *Universitas Psychologica* 2011, 10 (3): 735-743.
 26. Martín Carbonell M. Valor diagnóstico de la Escala de Ansiedad y Depresión de Goldberg (EAD-G) en adultos cubanos. *Univ. Psychol* 2016, vol 15 (1):15-29.
 27. Alomoto Mera M., Calero Morales S. Vaca García M.R. Intervención con actividad físico-recreativa para la ansiedad y la depresión en el adulto mayor. *Rev Cubana Invest Bioméd* vol.37 no.1 Ciudad de la Habana ene-mar. 2018.
 28. Grolli RE, Mingoti MED, Bertollo AG, Luzardo AR, Quevedo J, Réus GZ, Ignácio ZM. Impact of COVID-19 in the Mental Health in Elderly: Psychological and Biological Updates. *Mol Neurobiol*. 2021 May;58(5):1905-1916.
 29. Van Ballegooijen, W., Riper, H., Cuijpers, P., Van Oppen, P., Smit, J.H. Validation of online psychometric instruments for common mental health disorders: A systematic review. *BMC Psychiatry*. 2016; 16(1).
 30. Kok, R.M., Reynolds, C.F. Management of depression in older adults: A review. *JAMA - J Am Med Assoc*. 2017; 317(20):2114–2122.
 31. Frank, C. Pharmacologic treatment of depression and anxiety in the elderly. *Can Fam Physician*. 2014; 60:121–126.
 32. Tegeler, C., Beyer, A.K., Hoppmann, F., Ludwig, V., Kessler, E. M. Current state of research on psychotherapy for home-living vulnerable older adults with depression. *Z Gerontol Geriatr*. 2020; 53(8):721–727.
 33. Jonsson, U., Bertilsson, G., Allard, P., Gyllensvärd, H., Söderlund, A., Tham, A., Andersson, G. Psychological treatment of depression in people aged 65 years and over: A systematic review of efficacy, safety, and cost-effectiveness. *PLoS One*. 2016; 11(8):1–20.
 34. Hu, M.X., Turner, D., Generaal, E., Bos, D., Ikram, M.K., Ikram, MA, Cuijpers,

- P., Penninx, B. Exercise interventions for the prevention of depression: A systematic review of meta-analyses. *BMC Public Health*. 2020; 20(1):1–11.
35. Marques, A., Gomez-Baya, D., Peralta, M., Frاسquilho, D., Santos, T., Martins, J., Ferrari, G., Gaspar de Matos, M. The effect of muscular strength on depression symptoms in adults: A systematic review and meta-analysis. *Int J Environ Res Public Health*. 2020; 17(16):1–13.
36. Tedeschini, E., Levkovitz, Y., Iovieno, N., Ameral, V.E., Nelson, J.C., Papakostas, G.I. Efficacy of antidepressants for late-life depression: A meta-analysis and meta-regression of placebo-controlled randomized trials. *J Clin Psychiatry*. 2011; 72(12):1660–1668.
37. Luck Sikorski, C., Stein, J., Heilmann, K., Maier, W., Kaduszkiewicz, H., Scherer, M., et al. Treatment preferences for depression in the elderly. *Int Psychogeriatrics*. 2017; 29(3):389–398.
38. Cortajarena García M.C., Ron Martín S., Miranda Vicario E., Ruiz de Vergara Eguino A., Azpiazu Gómez P.J., Lopez Aldana J. Antidepresivos en la tercera edad. *Semergen* 2016; 42 (7):458-463.
39. Cooney, G.M., Dwan, K., Greig, C.A., Lawlor, D.A., Rimer, J., Waugh, F.R., McMurdo, M., Mead, G.E. Exercise for depression. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2013, Issue 9. Art. No.: CD004366. DOI: 10.1002/14651858.CD004366.pub6. Accessed 22 March 2021.
40. NICE 2009 National Institute for Health and Clinical Excellence. Depression: the treatment and management of depression in adults (update). <http://www.nice.org.uk/guidance/CG90> 2009.
41. LePore, S.J. Expressive writing moderates the relation between intrusive thoughts and depressive symptoms. *Journal of Personality and Social Psychology* 1997;73 (5): 1030–7.
42. Diener, E. Subjective well-being. *Psychological Bulletin* 1984; 95:542–759
43. Fox, K.R. The effects of exercise on self-perceptions and self-esteem. In: Biddle SJH, Fox KR editor(s). *Physical Activity and Psychological Well-Being*. London: Routledge, 2000: 88–117.
44. Chen, M.J. The neurobiology of depression and physical exercise. *Handbook of Physical Activity and Mental Health*. London: Routledge, 2013:169–184.
45. Fernández de la Puente Rodríguez, E.M., Bielza Galindo, R., Galindo Ortiz de Landázuri, J., Olivera Pueyo, J. Alteraciones de la esfera mental: demencia y depresión en el anciano, *Medicine - Programa de Formación Médica Continuada Acreditado*, 2018; 12 (62): 3637-3649.

Capítulo 43

LA IMPORTANCIA DE MANTENER BUENOS HÁBITOS DE SALUD BUCAL EN NIÑOS

ANA BELÉN SÁNCHEZ PASTOR

MARÍA JOSEFA MOLINA CIUDAD REAL

MARÍA HERNÁNDEZ SÁNCHEZ

MAEBA RIVAS MUÑOZ

LOURDES SERRANO RABANAL

1 Introducción

La formación de los dientes comienza antes de que nazca el bebé, desde la 5ª a la 6ª semana de embarazo. Los dientes temporales o "de leche" se forman primero y los dientes permanentes comienzan a desarrollarse poco antes del parto.

La dieta y la salud de la madre durante el embarazo pueden afectar los dientes temporales. Los medicamentos o las enfermedades de los bebés a veces pueden afectar la formación del esmalte dental permanente. La erupción dentaria es un proceso a largo plazo, desde que se empieza a formar un diente hasta que ocupa su lugar en la arcada dentaria.

Dientes temporales: Son aquellos dientes que se pierden durante la infancia y son reemplazados por dientes permanentes. Hay 20 en total, de los cuales 8 se llaman incisivos, 4 se llaman caninos y 8 se llaman molares. Nunca hay premolares en la

dentición temporal. Se llaman dientes de leche porque son más blancos y porque empiezan a aparecer a una edad en la que los bebés suelen ser amamantados. Existe una gran variabilidad en el momento y orden de aparición de los dientes. Por lo general, todos los dientes de leche brotan antes de que el niño tenga 3 años.

Dientes permanentes: hay un total de 32, se conocen como 8 incisivos, 4 caninos, 8 premolares y 12 molares.

Con la excepción de los molares temporales, que son reemplazados por premolares, cada diente temporal es reemplazado por su contraparte permanente.

A medida que aparecen los primeros dientes, se deben tomar medidas para protegerlos. Por un lado, reducir el azúcar que entra en contacto con tus dientes, por otro lado, mantén una higiene adecuada y cepíllate los dientes, para así evitar la aparición de la caries dental.

2 Objetivos

Objetivo principal:

- Conocer los factores que con más frecuencia provocan la caries, desde la aparición del primer diente.

Objetivos secundarios:

- Dar a conocer en que consiste la “caries del biberón”
- Enseñar lo importante que es la realización de un buen cepillado dental.
- Dar a conocer la importancia del flúor y cantidad que debe ser utilizada en el cepillado dental según la edad del niño.

3 Metodología

Palabras clave. Caries, higiene bucal, dentición.

Se llevó a cabo una revisión bibliográfica en las bases de datos, Scielo y buscador de artículos en Google, usando las palabras clave anteriormente descritas, así como los operadores O, AND y OR.

Se tuvieron en cuenta estudios relacionados con los objetivos de nuestra revisión, incluyendo artículos de revisión de los últimos 10 años. Se descargaron los textos completos de aquellos artículos que pudiesen ser potencialmente útiles en el estudio.

La búsqueda se realizó a través de trabajos publicados a nivel nacional e internacional en los siguientes idiomas: español e inglés. Se incluyeron estudios de

niños en edad pediátrica. Otro criterio de inclusión, fueron los artículos en los que aparecen profesionales sanitarios.

4 Resultados

La caries dental es una enfermedad altamente prevalente y uno de los principales problemas de salud pública a nivel mundial. Este es el proceso patológico al que más se ven sometidos los dientes y se considera el motivo número uno de consulta dental a todas las edades. Es la enfermedad crónica más frecuente de la infancia, con una elevada incidencia entre los preescolares españoles. La caries dental, junto con la enfermedad periodontal, es considerada un problema de salud pública en el mundo por su alta incidencia e impacto en la salud de la población.

Hacer hincapié en que la llamada "caries del biberón" es una enfermedad agresiva y de rápido desarrollo que afecta a los dientes de leche de los niños muy pequeños que han sido alimentados con biberón durante más tiempo del recomendado. La leche u otros líquidos azucarados alojados en la boca de un niño, combinados con la falta de higiene bucal, pueden crear este tipo de lesiones que pueden derivar en daños dentales graves. Cuando el niño se duerme, la leche o los líquidos azucarados se acumulan alrededor de los dientes, proporcionando un medio excelente para los microbios productores de ácido (estreptococo). Los incisivos son los dientes más afectados. Cuando el hábito es de día y de noche, los incisivos superiores se ven menos afectados y se desarrollan caries en el lado lingual de los molares mandibulares.

Hay muchos factores que pueden influir en el desarrollo de la caries dental, algunas de las razones más comunes son:

- Exposición prolongada y frecuente de los dientes del niño a bebidas azucaradas (refrescos azucarados, zumos).
- Poner a dormir al bebé/niño con el biberón o utilizarlo como chupete cuando está estresado.
- Mojar el chupete en dulces (miel, azúcar...)
- Transmisión vertical, que se produce cuando la bacteria que causa las caries se transmite de la madre al bebé a través de la saliva, besarle la boca, chupar su chupete para limpiarlo, chupar la cuchara mientras le damos de comer...
- Los bebés o los niños pequeños pueden tener un mayor riesgo de caries dental si no reciben suficiente flúor.

¿Qué tipo de pasta de dientes deben usar los niños para su cepillado dental?

Desde el primer diente hasta los 2 años, la evidencia científica respalda el uso de pasta dental con 1000 ppm de flúor. Por lo tanto, se recomienda cepillar dos veces al día (recomendamos mañana y noche) y aplicar ligeramente pasta dental con el cepillo seco. Después de que el niño tenga dos años, puede usar 1450 ppm de pasta de dientes, y la cantidad de pasta aumenta a la cantidad de un grano de arroz seco. Los cuidadores aplican pasta de dientes y supervisan el cepillado. En todos los casos, el cepillo no debe estar húmedo, sino seco.

¿Debo usar enjuague bucal de niño? Introducir el enjuague bucal en los rituales de higiene dental de niños y niñas tiene grandes beneficios para su salud bucodental, ayudando a prevenir la aparición de caries y placa bacteriana. Es bueno desarrollar este hábito desde una edad temprana. El enjuague bucal generalmente se recomienda a partir de los 6 años, porque a esa edad los niños y niñas están bien preparados para no ingerirlo. Debe enjuagarse la boca después del cepillado durante aproximadamente un minuto con 5-10 ml de enjuague bucal. Una vez al día es suficiente, debe evitar comer o beber durante 30 minutos después de usar el enjuague.

Debemos tener en cuenta:

La salud bucodental del niño hay que cuidarla desde que nace. Durante los primeros meses de vida, los cuidadores deben limpiar sus encías con gasas empapadas de suero fisiológico después de cada toma de leche. Después de que ha salido el primer diente, existen en el mercado cepillos muy suaves que permiten a los cuidadores limpiar la boca de su pequeño.

A los 2 años debemos dejar que los niños jueguen con un cepillo de dientes de cerdas suaves, siempre bajo la supervisión de un adulto y sin pasta de dientes. Para desarrollar el hábito de cepillarse los dientes desde edad temprana.

Una adecuada técnica de cepillado garantizará una correcta higiene bucal y evitará las caries que pueden derivar en grandes problemas en los dientes temporales e incluso permanentes.

Los cuidadores deben asegurar un correcto cepillado de los dientes y, si es necesario, deben controlar la higiene dental de sus hijos. Cepillarse los dientes debe ser un hábito que el niño desarrolle desde pequeño, lo que le ayudará a incorporarlo a su rutina diaria de higiene personal y poco a poco se dará cuenta de su importancia.

Se estima que necesitan la ayuda de los padres hasta los 6 años, cuando ya han desarrollado casi toda su motricidad para lograr buenos resultados de lavado.

El cepillado diario de los dientes de los niños es fundamental para cuidar su salud dental desde una edad temprana, ya que previene la acumulación de placa y elimina bacterias y residuos de los alimentos azucarados que consumen. Por eso, cepil-

larse los dientes es fundamental, pero también es importante controlar la dieta de su hijo, eliminando o reduciendo todos los alimentos con alto contenido de azúcar. Se recomienda cepillarse los dientes al menos dos veces al día, preferiblemente después de cada comida. La rutina de cepillado debe ser siempre la misma, empezando por un lado de la boca y terminando por el otro. Debes cepillar todas las superficies de tus dientes, especialmente las superficies internas más sucias.

Consejos de higiene bucal

- Se recomienda acudir al odontopediatra por primera vez cuando sale el primer diente.
- Los niños y niñas deben visitar a su dentista u odontopediatra dos veces al año porque sus dientes son más pequeños y las caries progresan más rápido. De esta manera, se puede diagnosticar la caries en una etapa temprana y se facilita el tratamiento necesario.
- Los cuidadores deben ser modelos a seguir para la higiene bucal diaria en todo momento.
- Una correcta higiene bucal en la infancia reduce el riesgo de caries dental y enfermedad periodontal en la edad adulta.
- Evite premiarlos con dulces y productos con alto contenido en azúcar y abusar de los zumos y batidos envasados.

5 Discusión-Conclusión

Como se ha podido apreciar en el desarrollo del capítulo la caries se considera una de los problemas de salud más frecuentes en los países desarrollados, no se suele dar importancia ni valorar lo suficiente la caries, y más aún en los dientes de leche, y esto debería de cambiar priorizando y fomentando una buena educación sanitaria, informando a padres y cuidadores respecto a la higiene bucal del niño desde un primer momento, informando de cuáles son los hábitos e higiene que se deben llevar a cabo según la alimentación y edad del niño. Nacemos con bacterias que provocan caries, pero no enfermedades, de los educadores nos llegan buenos o malos hábitos de higiene y alimentación, y de ello dependerá nuestra salud y la salud de nuestra boca. Debemos informar de las malas prácticas que se llevan a cabo como compartir utensilios (cepillos de dientes, cucharas, juguetes, etc.) con el bebé, especialmente en los dos primeros años de vida y otros como limpiar los chupetes con saliva, entre otras.

Se puede observar según la extensa literatura científica que los azúcares libres son un factor dietético esencial para el desarrollo de la caries dental, se aprecia la relación de la aparición de la caries con la ingesta de alimentos azucarados,

dicho esto se debe fomentar una alimentación saludable y la recomendación de limitar al máximo la ingesta de sacarosa entre comidas, y no utilizar sustancias de alto potencial cariogénico (miel, azúcar, leche condensada...) para impregnar chupetes o tetinas.

Como se puede apreciar la mayoría de los factores que intervienen en la caries dental son modificables, lo que permite a las personas y a los profesionales de la salud y de la salud bucal tomar las medidas adecuadas para prevenir o reducir la gravedad de la enfermedad. Según un informe de la Organización Mundial de la Salud (OMS), el 60-90 % de los escolares y casi el 100 % de los adultos en todo el mundo padecen caries dental. El impacto de la enfermedad oral en términos de dolor, angustia, disfunción y reducción de la calidad de vida es considerable y de elevado coste. La Organización Mundial de la Salud estima que el tratamiento representa del 5 al 10 por ciento del gasto en salud en los países industrializados, superando los recursos de muchos países en desarrollo.

Podemos decir que el alto costo del tratamiento dental puede evitarse tomando medidas efectivas de prevención y promoción de la salud. Llevando a cabo protocolos de prevención de la caries, aconsejando la primera visita del niño al odontopediatra al cumplir el primer año, para así poder evaluar de manera individual el riesgo de caries que podría tener el niño.

6 Bibliografía

1. Asociación Española de Pediatría, está disponible bajo la licencia Reconocimiento-NoComercial-CompartirIgual 3.0 España (link is external). 20-7-2018. <https://enfamilia.aeped.es/temas-salud/dientes-en-ninos>
2. <http://www.dentistainfantiltoledo.com/dientes-temporales-caida-precauciones/>
3. <http://www.institutocaride.com.ar/nota-03/#::text=El%20cepillado%20de%20dientes%20diario,golosinas%20azucaradas%20que%20ellos%20comen.>
4. <https://www.dentalgalindo.com/blog/importancia-del-cepillado-en-los-ninos/>
5. <https://canalsalud.imq.es/blog/higiene-bucal-en-la-infancia.>
6. Importancia del cepillado antes de acostarse en la prevención de la caries. Estudio en una población infantil <https://scielo.isciii.es/pdf/odonto/v23n1/original4.pdf>
7. Evaluación a 72 meses de una estrategia de prevención en salud oral en escolares. Brenda Yuliana Herrera Serna1 , Olga Patricia López Soto. Rev. Esp. Salud

Publica vol.92 Madrid 2018 Epub 06-Sep-2018 https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-57272018000100426&lng=es&nrm=iso

8. Absorción sistémica de flúor en niños secundaria al cepillado con dentífrico fluorado José-María García-Camba de la Muela, Felisa García-Hoyos , Margarita Varela Morales y Ángel González Sanz Rev. Esp. Salud Publica vol.83 no.3 Madrid may./jun. 2009.https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S113557272009000300007&lng=es&nrm=iso

9. Caries del biberón. Antonia Molina Escribano, Antonio J. López Garvib. Catalina López Ibáñez, Úrsula Sáez Cuestad Rev Clin Med Fam vol.2 no.4 Barcelona jun. 2008.https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1699-695X2008000200010&lng=es&nrm=iso

10. Prevalencia de caries dental en escolares de educación infantil de una zona de salud con nivel socioeconómico bajo. Ana Cubero Santosa , Isabel Lorigo Canob , Almudena González Huéscarb , M^a Ángeles Ferrer García , M^a Dolores Zapata Carrascod , Juan Luis Ambel Sánchez. Rev Pediatr Aten Primaria vol.21 no.82 Madrid abr./jun. 2019 Epub 14-Oct-2019.https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1139-76322019000200007&lng=es&nrm=iso

Capítulo 44

EL SISTEMA INMUNITARIO Y SUS REACCIONES INMUNOLÓGICAS INVESTIGACIÓN POR ENFERMERÍA

MARIA RODRIGO GAMARRA

TATIANA CUESTA MATEOS

SERGIO RODRÍGUEZ CAÑAMERO

SARA FERNÁNDEZ ARROYO

FRANCISCO JAVIER LÓPEZ MOLINA

1 Introducción

Como una entramada y complicada red de células, tejidos y órganos, podemos definir al sistema inmunitario. En conjunción van a ayudar al cuerpo a luchar contra infecciones y otras patologías.

Cuando los gérmenes como virus y bacterias entran en el cuerpo, invaden, atacan y proliferan. Esto se denomina como infección. La infección será la causante de la enfermedad que lo afecta. El sistema inmunitario se protegerá de la enfermedad combatiendo los gérmenes.

El sistema inmunitario tiene muchas partes que entraran en juego a la hora de la protección como: La piel, membranas mucosas, glóbulos blancos, órganos y tejidos del sistema linfático.

El sistema inmunitario va a defender al cuerpo contra sustancias que cree dañinas o extrañas. Estas sustancias se les denomina como antígenos. Pueden ser gérmenes como virus o bacterias; toxinas o sustancias químicas. También pueden ser células dañadas por quemaduras solares o derivadas de un cáncer.

Cuando el sistema inmunitario se da cuenta de la existencia de un antígeno, lo ataca. A este proceso se le llama como respuesta inmune. Parte de este proceso de respuesta es producir los anticuerpos. Los anticuerpos son proteínas que trabajan para atacar, debilitar y proceder a la destrucción de los antígenos.

Posteriormente, su sistema inmunitario va a recordar el antígeno. Si vuelve a detectarlo, puede reconocerlo y enviar inmediatamente los anticuerpos correctos. Gracias a esta respuesta, en la mayoría de los casos no se pasa a la fase de enfermedad. A esta protección que nuestro cuerpo crea contra una definida enfermedad se la conoce como inmunidad.

2 Objetivos

Describir todos los elementos que intervienen en las reacciones inmunológicas, como los Antígenos, células inmunocompetentes y las Inmunoglobulinas (Ig).

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

Elementos que intervienen en las reacciones inmunológicas.

- Antígenos.

Sustancias extrañas reconocidas por el sistema inmune e inducen la reacción del mismo. Son de naturaleza proteica o polisacáridos y las zonas de la molécula en las que reside la antigenicidad son conocidas como determinantes antigénicos. Los haptenos que son productos que por sí mismos no tienen carácter de antígenos (son determinantes antigénicos aislados), pero que lo pueden adquirir si se unen a proteínas portadoras. De acuerdo con su procedencia, los antígenos

son calificados como hetero antígenos, extraños a la especie a la que pertenece el receptor; isoantígenos, si son propios de la especie, pero no del individuo (grupos sanguíneos); autoantígenos, si pertenecen al sujeto.

Células inmunocompetentes.

- Macrófagos: Monocitos procedentes de la médula ósea, asentados en los tejidos. Captan y presentan los antígenos a los linfocitos, participando en la inmunoregulación y actuando en la fase efectora de las reacciones.
- Los linfocitos proceden de la médula ósea y de la misma célula germinal que las otras sanguíneas, atravesando los órganos linfoides centrales (médula ósea y timo), adquieren la instrucción necesaria para cumplir su misión y se diferencian en linfocitos T y B. A continuación, se trasladan a los órganos linfoides periféricos (ganglios y folículos linfoides y bazo), disponiéndose en áreas específicas para cada uno de los dos tipos y recirculan, sobre todo los T. Los linfocitos B reconocen el antígeno por el que va a ser estimulado porque porta en su superficie inmunoglobulinas (Ig) específicas. Los linfocitos T, adquieren la capacidad funcional en el timo, los hay de tipo efector de las reacciones celulares o tardías (citotóxicos) y los secretores de linfoquinas (auxiliares y supresores). La maduración y diferenciación funcional supone modificaciones en la estructura de la membrana, con pérdida y adquisición de antígenos, de forma que todos los linfocitos T maduros poseen antígeno T3, los auxiliares el T4 y los supresores o citotóxicos el T8. El receptor de los antígenos de la superficie de los linfocitos T es más complejo que el de los B.

Inmunoglobulinas (Ig).

Se identifican con los anticuerpos, producto de las células plasmáticas o linfocitos B evolucionados cuando ha actuado sobre ellos el antígeno. Existen cinco clases: G, M, E, A y D y varias subclases: cuatro de las Ig G y dos de la Ig A. Constan de cuatro cadenas de polipéptidos, dos ligeras (L), que pueden ser lambda o kappa, comunes a todas ellas y dos pesadas (H), específicas para cada una de las clases, entre ellas gamma, mu, alfa, épsilon y delta (para Ig G, M, A, E y D respectivamente). Constan de un fragmento Fc cristalizante y otro Fab que fija el antígeno, el cual posee en su región variable los sitios de reacción con los determinantes antígenicos y tiene la función de reconocimiento y la fracción Fc es la responsable de la efectora, que supone diversas acciones biológicas, como la activación del complemento y la fijación a células. Entre las principales funciones destacan:

- Ig G, fracción cuantitativamente más importante, fijan y activan al complemento y atraviesan la placenta.

- Ig M, constan de una cadena de unión denominada J, uniéndose con gran avidez a los antígenos y son muy potentes como activadoras del complemento.
- Ig E, citófilas, se fijan a células, sobre todo mastocitos y basófilos.
- Ig A, presentes en secreciones de mucosas de aparatos digestivo y respiratorio (Ig A exocrinas), protegiendo a las mucosas de la infección.
- Ig D, en la superficie de los linfocitos B intervienen en el reconocimiento del antígeno.

5 Discusión-Conclusión

Las respuestas inmunológicas en nuestra opinión de lo mostrado anteriormente y en conclusión son respuestas específicas del organismo frente a sustancias extrañas, con el fin de neutralizarlas y eliminarlas y, por tanto, mantener su integridad. Para cumplir esta función, la reacción específica generalmente pone en marcha el mecanismo defensivo inespecífico que es la reacción inflamatoria, que amplifica la respuesta. Junto a esta, la memoria, pues cuando el sistema ha sido activado una vez lo recuerda y ante un segundo estímulo la respuesta es más rápida e intensa. Aunque, en principio, la inmunidad es un mecanismo defensivo y, por tanto, beneficioso, eventualmente, si la respuesta es muy violenta agrede a estructuras propias y, lo mismo, es insuficiente (immunopatologías).

6 Bibliografía

1. MATTA CAMACHO NUBIA ESTELA. SISTEMA INMUNE Y GENÉTICA:: UN ABORDAJE DIFERENTE A LA DIVERSIDAD DE ANTICUERPOS. Acta biol.Colomb. [Internet]. diciembre de 2011 [consultado el 20 de marzo de 2022]; 16(3): 177-188. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-548X2011000300012&lng=en.
2. <https://medlineplus.gov/spanish/immunesystemanddisorders.html>
3. <http://espanol.arthritis.org/espanol/salud-y-vida/su-cuerpo/sistema-inmunologico/>
4. <https://www.stanfordchildrens.org/es/topic/default?id=the-immune-system-90-P04768>

Capítulo 45

CONSECUENCIAS PSIQUIÁTRICAS Y ORGÁNICAS DE LA ANOREXIA: EXPOSICIÓN POR ENFERMERÍA

SARA FERNÁNDEZ ARROYO

MARIA RODRIGO GAMARRA

TATIANA CUESTA MATEOS

SERGIO RODRÍGUEZ CAÑAMERO

FRANCISCO JAVIER LÓPEZ MOLINA

1 Introducción

Es importante destacar en este artículo sobre la anorexia que los adolescentes tienen una predisposición a padecer trastornos alimenticios, esto se debe a la influencia muy alta de los factores psicológicos y socioculturales. (1).

Según la Real Academia Española (RAE), la anorexia se puede concretar como un trastorno neurótico en origen que se identifica por un rechazo sistemático de los alimentos y que se observa generalmente en las personas jóvenes. Suele ir en conjunto de vómitos provocados, un adelgazamiento extremo y, en el caso de las mujeres, un signo que se presenta temprano es la desaparición de la menstruación. (2).

No podemos obviar que estos trastornos son muy recurrentes en nuestra sociedad y se encuentran estructurados en diferentes tipos y categorías como unos de los problemas psicológicos y médicos que se encuentran en mayor incidencia a nivel mundial, puesto que, como hemos descrito anteriormente, se trata de una problemática que afecta sobre todo a los adolescentes y a los adultos jóvenes. (1).

Se debe tener en cuenta de que esta manifestación se suele encontrar relacionada por diversos subtipos, como son la anorexia y la bulimia, que se tratan de trastornos de carácter semejante, y es primordial destacar, que si estos no se observan a tiempo pueden tener consecuencias de forma muy negativa en la salud, y en un alto porcentaje de casos puede verse finalizado con la muerte de quien la padece.

2 Objetivos

Conocer y describir las consecuencias de la anorexia y cómo se llega a esta restricción drástica de aportes calóricos, y las graves alteraciones que pueden afectar a su organismo

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

Debemos tener en cuenta que la manifestación de la anorexia puede ir de la mano de otras patologías en salud mental y psiquiátricas como pueden ser la evidencia y diagnóstico de una depresión y de la ansiedad. (3) .

Debemos saber que en la anorexia existe un miedo grande e irracional a ganar peso, y que incurre, además, en una distorsión de la propia imagen corporal, por este motivo las personas que están afectadas de esta enfermedad suelen cortar de una manera drástica su consumo calórico, y en demasiadas ocasiones recurren y utilizan medidas purgativas para perder peso. (3) .

Debido a esta restricción brusca de los aportes calóricos, estas personas suelen padecer de graves alteraciones en el organismo, y esto es derivado a la desnutrición que sufren, esto tiene una consecuencia en ellos:

- Incurre en amenorrea, percibimiento de tener siempre frío, edemas periféricos, reducción de la musculatura, etc.
- Disminución la densidad mineral y suele derivar en osteoporosis.
- Leucopenia o anemia y trombocitopenia.
- Lanugo, palidez y piel seca.
- Deshidratación, niveles elevados de las enzimas hepáticas y carencias nutricionales.
- Alteraciones de las hormonas sexuales y tiroideas.
- Hipotensión, bradicardia y reducción del tamaño cardíaco.
- Pueden incurrir en una cronicidad de fallo renal y alteraciones hidroeléctricas .
- Cursar con dolor abdominal y estreñimiento .

Uno de los condicionantes que puede verse en la anorexia es la influencia de los genes hereditarios, pues en diversas investigaciones se ha encontrado una semejanza del 50 % en gemelos homocigóticos, diferentes grupos de gemelos en la edad infantil sufrieron de obesidad o sobrepeso y empezaron unas dietas para la pérdida de peso y realizando ejercicio físico y se observó que finalmente los dos se vieron afectados de la manifestación de anorexia.

5 Discusión-Conclusión

Como podemos observar a través de la descripción e investigación de las graves consecuencias que puede producir en el organismo el padecimiento de la anorexia se llega a las siguientes conclusiones y opinión sobre dicha enfermedad. El detonante casi siempre serán las presiones en la sociedad que se encuentran perpetuamente influyendo en nuestro ámbito, estas presiones pueden ser un mal amigo y un mal consejero para los jóvenes.

Está comprobado que, de una buena educación sanitaria, por medio de la figura de enfermería, ya sea a través de la atención primaria como en la atención especializada, se pueden conseguir muchos logros en cuanto a prevención o si ya se manifestó la enfermedad, en controlar y paliar los síntomas que van menoscabando el organismo, aunque lo más importante es que a través de los programas de prevención y concienciación se podría disminuir la incidencia de esta enfermedad.

6 Bibliografía

1. Véliz Sánchez Mercedes, Aguiar Mota Carlos, Infante Aguirre Marileé Graciela. Anorexia nerviosa: trastorno poco frecuente en adolescentes varones. *Medicentro Electrónica* [Internet]. 2019 Mar [citado 2022 Mar 21] ; 23(1): 64-68. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30432019000100011&lng=es.
2. Gómez Candela Carmen, Palma Milla Samara, Miján de la Torre Alberto, Rodríguez Ortega Pilar, Matía Martín Pilar, Loria Kohen Viviana et al . Consenso sobre la evaluación y el tratamiento nutricional de los trastornos de la conducta alimentaria: anorexia nerviosa. *Nutr. Hosp.* [Internet]. 2018 [citado 2022 Mar 21] ; 35(spe1): 11-48. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0212-16112018000400002&lng=es. Epub 21-Sep-2020. <https://dx.doi.org/10.20960/nh.1561>.
3. García L, Gonzalez Y. Los factores psicosociales de la anorexia y bulimia en adolescentes. Vol 4; N 6. Madrid. 2019.
4. Real Academia Española. Anorexia. 2020.
5. Delgado P. Aspectos nutricionales de la anorexia nerviosa. Vol 24; N ° 7. Barcelona. 2017.
6. Díez I. La anorexia nerviosa y su entorno socio – familiar. Vol 27; N° 8. Castilla y León. 2018.
7. Jiménez V. Anorexia. Federación española de ayuda y lucha contra la Anorexia y la bulimia. Madrid. 2016.

Capítulo 46

INTERVENCION Y DETECCION DE LA VIOLENCIA DE GENERO INTRAFAMILIAR EN LAS CONSULTAS DE PEDIATRIA DE ATENCION PRIMARIA

INMACULADA GARCIA FERNANDEZ

LUCIA MARTINEZ ARIAS

ANA YESICA FERNÁNDEZ MENÉNDEZ

1 Introducción

En un estado de bienestar como el nuestro, la sociedad tiene que preocuparse por el eslabón más frágil como son los niños/ as que se pueden encontrar en situaciones de maltrato/abandono o que están sufriendo en silencio el maltrato infanto-juvenil, la detección constituye el requisito previo, necesario e imprescindible para que se inicie una acción protectora o preventiva por parte de los profesionales.

Los servicios de pediatría tienen que trabajar con el objetivo claro y saber que tienen como principal desafío la detección precoz, el seguimiento y la gestión de los casos desde un abordaje multidisciplinar para dar respuestas a las necesidades de protección, como es diseñar un sistema de trabajo en red con los recursos de atención primaria y especializados (centros de salud mental, hospitales, etc.) para la Detección temprana de casos de desprotección social.

Una de las definiciones que goza de mayor consenso y aceptación en nuestro país es la propuesta por el Observatorio de la Infancia (2006) e incluida, más tarde, en el Protocolo básico de intervención contra el maltrato infantil (Observatorio de la Infancia, 2008); que entiende como maltrato toda “acción, omisión o trato negligente, no accidental, que prive al niño de sus derechos y su bienestar, que amenacen y/o interfieran su ordenado desarrollo físico, psíquico y/o social, cuyos autores pueden ser personas, instituciones o la propia sociedad” (p.14).

Según los datos obtenidos en el estudio, se clasificó el maltrato infantil atendiendo a distintos criterios, como es el momento en el que éste tiene lugar, el autor y las acciones llevadas a cabo con este fin. Teniendo en cuenta el primero de estos factores, el maltrato puede ser de tipo prenatal (infligido durante el período de gestación) y postnatal (tras el nacimiento del menor). Por otra parte, se establecen diferencias en relación al entorno familiar, extrafamiliar, institucional o social. Finalmente, atendiendo a la acción, se identifican cuatro tipos de maltrato: a nivel físico, negligente, psicológico-emocional y sexual. El Observatorio de la Infancia, en el año 2006, reconoció la violencia interparental como un fuerte predictor de violencia hacia los menores. Edleson (1999) indica que entre el 30 y el 60 por ciento de los casos de violencia conyugal se solapan, a su vez, con el ejercicio añadido del maltrato infantil.

El pediatra se puede encontrar en consulta con tres tipos de casos: el de una madre agredida, el de hijos agredidos o lesionados y el de menores víctimas de relaciones violentas. En cualquiera de estos casos, cuando el niño o adolescente llega a la consulta, “el pediatra debe tener en cuenta que tanto la madre como el niño han pasado por un hecho traumático y es probable que haya confusión y que las respuestas no sean claras, por lo que habrá que interpretar los signos y es fundamental generar un espacio de confianza y escucha, aunque la presión asistencial no ayude en este sentido”, ha apuntado Julia Almansa. “El profesional debe ser consciente de que no por hacer una pregunta directa va a haber una respuesta directa, sino todo lo contrario, lo más habitual es encontrarse con el hermetismo como respuesta y que la madre o el niño no vuelvan a aparecer”. El doctor Antonio Gancedo, del Hospital de Alcorcón, ha insistido en que “los pediatras debemos investigar y sensibilizarnos con estas situaciones, porque lo que no resolvamos ahora como profesionales y como sociedad, lo pagaremos después”

Las relaciones conflictivas y violentas dentro del hogar entre los padres, generan somatizaciones, ansiedad y miedo en los hijos; son una forma más de maltrato. La conflictividad grave y persistente entre la pareja de padres genera múltiples patologías en los hijos, desde somatizaciones variadas a malestar psíquico, an-

siedad, depresión y trastornos de conducta.

La discordia genera sentimientos negativos, los niños viven inmersos en sus hogares en modelos patológicos de convivencia que irán interiorizando como referentes y modelos de comportamiento. En estos entornos disfuncionales, los niños no aprenden a manejar sus impulsos agresivos, no tienen espacio mental que les permita reflexionar sobre sus actos y los de los demás, por lo que tienden a la conducta impulsiva e irreflexiva.

Estas familias abordan al pediatra de manera brusca y, a menudo, por somatizaciones de los hijos tipo: cefaleas, dolores abdominales, cansancio, ansiedad, insomnio, con quejas inespecíficas, sensación de ahogo,...

La actuación preventiva en niños que viven en estas familias tan disfuncionales es difícil y escasamente eficaz, si no se interviene sobre el entorno familiar como un todo y de forma multidisciplinar, si no se abordan las relaciones interpersonales anómalas, se higienizan progresivamente los intercambios relacionales hacia patrones más sanos. A veces, el cambio es difícil si no se interviene sobre la patología individual de los miembros tóxicos de la familia que pueden estar deprimidos, con adicciones al alcohol u otras drogas, presentar una patología psiquiátrica grave o tener un trastorno de personalidad. El paro, la poca cultura y las dificultades económicas agravan aún más toda la problemática.

Es importante conocer que los niños/as pequeños (especialmente los menores de tres años) dependen totalmente de sus padres y no tienen ninguna capacidad para defenderse del maltrato/abandono o para solicitar ayuda al exterior. La Detección cobra en estos casos una especial importancia, al tratarse del grupo de edad en el que se producen más fallecimientos como consecuencia de malos tratos o abandono.

En el caso de niños/as más mayores, es habitual que piensen que son ellos los culpables del abuso, que tengan miedo a que revelarlo pueda destruir a su familia, que sean objeto de coacciones o amenazas, etc. Esto provoca no sólo que el niño se vea impedido a pedir ayuda, sino también que niegue y oculte las posibles evidencias del maltrato/abandono del que está siendo objeto. Es en edades superiores (cercanas a la adolescencia) cuando es más posible que el menor desvele el abuso y busque ayuda y protección del exterior.

2 Objetivos

Describir la intervención y detección de la violencia de género intrafamiliar en las consultas de pediatría de atención primaria.

3 Metodología

Revisión bibliográfica de la literatura y de los artículos publicados en los últimos años, así como una revisión de las Leyes y artículos sobre la protección de la infancia en España

La selección de palabras claves y/o descriptores booleanos : violencia género OR maltrato infantil AND violencia intrafamiliar

Año de acotamiento : 2014-2020

Idioma : Español

4 Resultados

La Convención de Naciones Unidas de los Derechos del Niño (CDN) es la principal referencia normativa de este estudio. Ratificado por la práctica totalidad de la comunidad internacional, la CDN constituye el catálogo universalmente aceptado de derechos de los niños y las niñas, y establece las obligaciones de los Estados de respetarlos, garantizarlos y hacerlos efectivos.

La detección y la notificación se desarrollan desde los Servicios Sanitarios.

Toda persona o autoridad, y especialmente aquellos que por su profesión o función, detecten una situación de riesgo o posible desamparo de un menor, le prestarán de inmediato el auxilio que precise y lo comunicarán a los servicios sociales, sin perjuicio del deber de denunciar los hechos ante la autoridad judicial o el Ministerio Fiscal si fuesen constitutivos de delito.

Artículo 13 de la Ley Orgánica 1/1996, de Protección Jurídica del Menor

La investigación, evaluación, planificación de la actuación, desarrollo del plan, seguimiento y revisión y el cierre del caso, son competencia de los Servicios Sociales. Los Servicios Sanitarios, al igual que otros servicios, son colaboradores de estas fases.

Las entidades Públicas competentes en materia de protección de menores estarán obligadas a verificar la situación denunciada y a adoptar las medidas necesarias para resolverla en función del resultado de aquella actuación.

Artículo 16 de la Ley Orgánica 1/1996, de Protección Jurídica del Menor.

La Convención de Naciones Unidas de los Derechos del Niño (CDN) es la principal referencia normativa de este estudio. Ratificado por la práctica totalidad de la comunidad internacional, la CDN constituye el catálogo universalmente aceptado de derechos de los niños y las niñas, y establece las obligaciones de los Estados de respetarlos, garantizarlos y hacerlos efectivos.

Consecuencias de la violencia de género en los niños y las niñas

Los efectos que provoca la exposición a la violencia de género dependen de una serie de factores que deben ser tenidos en cuenta: el tipo de violencia, la intensidad y la duración de la misma, así como la edad, el sexo, el grado de exposición y el nivel de desarrollo psíquico y emocional del niño.

Los efectos de la violencia de género que más comúnmente presentan los hijos e hijas de las víctimas son:

Problemas de socialización, psicopatologías significativas, trastornos de conducta alimentaria

Síntomas depresivos, problemas de escolarización, conductas de riesgo, embarazos no deseado en adolescentes

Miedos, suicidios

Alteraciones del sueño

Síntomas regresivos, alteraciones en el apego

Problemas de integración en la escuela y conductas antisociales

Síntomas de estrés postraumático:

- Insomnio.
- Pesadillas recurrentes.
- Fobias. ■ Ansiedad.
- Re - experimentación del trauma.
- Trastornos disociativos.

Parentalización de los niños y niñas

- Asumir roles parentales y protectores hacia los hermanos menores.
- Asumir roles parentales de protección con la madre.

Los pilares en los que debemos de apoyarnos y las principales fuentes de Detección de casos de desprotección infantil son dos:

1. La población general.

2. Los profesionales que forman parte de los servicios comunitarios que desarrollan su trabajo en el ámbito de la infancia y la familia. Entre estos servicios caben destacar:

- Servicios de Salud, Medicina general y servicios de Pediatría hospitalaria y extra hospitalaria
- Salud Mental
- Centros Educativos
- Fuerzas de Orden Público
- Servicios Sociales de Base
- Centros de Servicios Sociales

5 Discusión-Conclusión

En España existen muy pocos recursos especializados en el trabajo con niños y niñas víctimas de violencia de género; son aún menos las instituciones que les atienden desde el momento en que la madre reconoce la existencia de malos tratos por parte de su pareja. De hecho, en el circuito de atención a víctimas de violencia de género, en un primer momento se atiende prioritariamente a la madre y sólo de manera secundaria, a sus hijas e hijos. Debemos quedarnos con un mensaje muy claro y es que " el maltrato infantil es un problema de salud "

Destaca positivamente la especialización detectada entre profesionales de los Cuerpos y fuerzas de Seguridad del Estado cuya formación específica ha permitido crear unidades para los casos de violencia de género en las comisarías. EMAKUNDE-Instituto Vasco de la Mujer ha realizado un estudio en 2007 en el que las mujeres atendidas por este servicio valoran la actividad de los agentes. El 78% de las entrevistadas están satisfechas con el trato recibido

6 Bibliografía

- 1- <https://www.boe.es/eli/es/lo/1996/01/15/1/con>
- 2- <https://sepeap.org/los-pediatras-analiza-la-violencia-de-genero-como-un-problema-de-la-infancia-y-de-salud-publica/>
- 3- <https://www.pediatriaintegral.es/publicacion-2017-01/prevencion-y-deteccion-precoz-en-la-atencion-primaria-pediatrica-de-los-problemas-emocionales-y-del-comportamiento-en-la-infancia-2017/>
- 4- MANUAL DE INTERVENCIÓN EN SITUACIONES DE DESPROTECCIÓN INFANTIL EN LA COMUNIDAD FORAL DE NAVARRA
- 5- <https://www.bienestaryproteccioninfantil.es/equipo.asp>
- 6- Convención de los derechos del Niño, arts. 2.1, 3.2, 3.3 y 4
- 7-https://www.savethechildren.es/sites/default/files/imce/docs/violencia_de_genero_victima.pdf
- 8-La Ley Orgánica 8/2015, de 22 de julio, de modificación del sistema de protección a la infancia y a la adolescencia, en adelante: Ley Orgánica 8/2015 L.O.8/2015 <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2015-8222&p=20150723&tn=2>

Capítulo 47

INTERVENCIONES Y ESTUDIO DE ENFERMERÍA EN LA APARICIÓN DE NÁUSEAS Y EMESIS

FRANCISCO JAVIER LÓPEZ MOLINA

MARIA RODRIGO GAMARRA

TATIANA CUESTA MATEOS

SERGIO RODRÍGUEZ CAÑAMERO

SARA FERNÁNDEZ ARROYO

1 Introducción

En las náuseas y vómitos que pueden aparecer sin causa previa en nuestros pacientes veremos los síntomas de los que depende, en qué ocasiones se manifiestan y que pueden ser en modo aislado o concomitante y debidos a una gran amplitud y variedad de causas. Las náuseas, las podemos describir como una sensación muy desagradable e imperiosa de vomitar, en cuanto a lo referente a los vómitos o emesis son la expulsión forzada de los contenidos gastrointestinales a través de la boca con intermediación de las contracciones involuntarias. Debemos saber diferenciar el vómito de la regurgitación, vocablo que se refiere al retorno de los contenidos gastrointestinales hacia la boca, pero sin ningún esfuerzo y que no va a ir acompañado de náusea ni de los movimientos musculares abdominales, que definirían el acto del vómito.

Las náuseas parecen ser debidas a y por la estimulación del área desencadenante quimiorreceptora, que es estimulada por una amplia variedad de sustancias, pensamientos, recuerdos llamados estímulos endógenos y olores, imágenes, entre otros llamados estímulos exógenos. El vómito es provocado por la estimulación del centro del vómito el cual está localizado en el bulbo raquídeo, el cual le pueden llegar impulsos aferentes del aparato digestivo, del aparato vestibular o de la corteza cerebral, así como de la propia área desencadenante quimiorreceptora.

2 Objetivos

Describir los motivos, el mecanismo y las causas de la aparición de náuseas y vómitos además de establecer cómo llegar a un diagnóstico a través de la anamnesis y para su posterior tratamiento.

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 náuseas, pero sin vómitos pueden aparecer en la patología de uremia o de la aplicación de radioterapia, hepatopatía, embarazo o alcoholismo, hipercalcemia y como efectos derivados de algunos fármacos, como pueden ser, los digitálicos, contraceptivos u opiáceos; las náuseas recurrentes también pueden tener un principio psicógeno. Los vómitos pueden ser debidos a multitud de causas de procesos agudos o crónicos, a de trastornos funcionales y nerviosos. Puede ser el signo principal de una urgencia abdominal aguda o una enfermedad sistémica. Sin embargo, las etiologías más comunes de los vómitos y náuseas suelen ser gastroenteritis agudas, los efectos farmacológicos, las enfermedades febriles sistémicas, y las patologías gastrointestinales.

Las náuseas y vómitos en pocas ocasiones se evidencian de forma aislada, normalmente se van de la mano de otros síntomas y signos, como pueden ser, cefaleas, en la migraña o en la hipertensión intracraneal; inestabilidad, mareo y vértigo

en la afección laberíntica; los vómitos por la mañana anteriores a la ingestión de alimentos se registran en el embarazo, uremia, y en los individuos psicóticos; el vómito posteriormente pasando horas de la ingestión, con gran contenido de alimento indicara una retención gástrica; el vómito con sangre o de sangre, en la úlcera péptica, el llamado síndrome de Mallory Weiss; se acompañara de dolor abdominal en procesos de enfermedad gastroduodenal, enfermedad de la vías biliar, gastroenteritis; en conjunción con diarrea en gastroenteritis agudas y de constipación en la obstrucción intestinal; el vómito ira acompañado de fiebre en las enfermedades infecciosas.

Hemos de tener en consideración también los vómitos psicógenos que se objetivan por:

- Un largo historial de recurrencia en vómitos.
- Conservación de una nutrición adecuada, pese al vómito con la excepción de la anorexia nerviosa.
- hacen su aparición en medio de la comida o inmediatamente después de ellas.
- Vómitos subrepticios, a menudo provocados.
- Trastornos psíquicos como la ansiedad, la depresión, entre otras.

Para un diagnóstico se requiere de la correcta y adecuada anamnesis de la exploración física y de las pruebas diagnósticas; preguntaremos e investigaremos sobre las peculiaridades de las náuseas y vómitos: Su manera o forma de manifestarse, duración, su asociación con la ingesta de alimentos, síntomas y signos que les acompañan, condicionamientos desencadenantes, atenuantes o agravantes, características del vómito si es alimenticio, o tenía contenido en moco, sangre o bilis, antecedentes personales asociados con el problema, etc. Es relevante diferenciar los que se relacionan a dolor abdominal como el íleo mecánico, cetoacidosis diabética, de los que no se relacionan; así como los que se relacionan a febrícula, mialgia, diarreas y dolor en abdomen de tipo cólico que disminuye con la defecación que sugerirán gastroenteritis vírica. La enfermedad biliar y gastritis pueden ocasionar vómitos después de las comidas; los vómitos y náuseas que suceden después de pasar entre 4 o 6 horas de las comidas, con gran contenido de alimentos y no digeridos sugerirán retención gástrica llamada gastroparesia o estenosis pilórica.

De las pruebas diagnósticas, es de utilidad el examen del vómito si es alto en acidez puede deberse a obstrucción, si se evidencia olor fecaloide puede ser debido a obstrucción intestinal o a una fístula gastrocólica, el vómito de sangre o también en posos de café, sugerirá un problema hemorrágico de la zona esofágica, gástrica o del duodeno. El hemograma puede indicarnos anemia por pérdida recurrente de sangre; la amilasa puede estar alta en ciertos trastornos gas-

trointestinales. Las radiografías de la zona abdominal pueden evidenciar niveles hidroaéreos en procesos de obstrucción; también son de utilidad el EKG en infartos de miocardio y los niveles altos del BUN y de la creatinina en la uremia.

Las adversidades y consecuencias de los vómitos son: trastornos hidroelectrolíticos como la acidosis metabólica, hipocalemia, deshidratación, hiponatremia e hipoclorémica, aspiración de vómito, lesiones de la mucosa gastroesofágica en el síndrome de Mallory Weiss y de las lesiones estructurales en la esofagitis erosiva grave y/o ruptura de la pared esofágica.

El tratamiento ira dirigido a la enfermedad que lo causa, pero hasta que se llega al diagnóstico se pueden ir administrando fármacos antieméticos en casos no muy graves; en los más graves o con complicaciones, será requerible la hospitalización del afectado, a veces se requiere antieméticos y otras como en el caso del íleo y de la hemorragia digestiva se procederá al aspirado o al vaciamiento gástrico por medio de la inserción de sonda nasogástrica.

5 Discusión-Conclusión

En la exhaustiva descripción de los vómitos y nauseas en este artículo podemos decir que son múltiples y muy variadas las etiologías que suscitan esta sintomatología en la cual es prioritario llegar a un correcto y adecuado diagnostico para minimizar los síntomas y que la finalidad del tratamiento ira dirigido a la curación de la patología que los causa, como personal de enfermería y dentro de nuestras funciones, conocimientos y estudios debemos saber y observar para su posterior información al personal facultativo de su color, aspecto, olor, consistencia, y sobre todo la situación en cuanto a lo que refiere al profesional enfermero y el paciente, entre otras muchas observaciones que nos podemos encontrar en esta patología y siempre con la ayuda de todo el equipo a la hora de unificar criterios.

6 Bibliografía

1. Nazar J. Claudio, Bastidas E. Javier, Coloma D. Roberto, Zamora H. Maximiliano, Fuentes H. Ricardo. Prevención y tratamiento de pacientes con náuseas y vómitos postoperatorios. Rev Chil Cir [Internet]. 2017 Oct [citado 2022 Mar 24] ; 69(5): 421-428. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-40262017000500421&lng=es.
<http://dx.doi.org/10.1016/j.rchic.2017.02.009>.

2. Díaz Guzmán M.C., Nacle Lopez I., Moreno Villar A.. Cuidados de enfermería en las emesis en pacientes oncohematológicos. *Enferm. glob.* [Internet]. 2011 Abr [citado 2022 Mar 24] ; 10(22). Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412011000200006&lng=es.
3. <https://dokumen.site/download/urgencias-obstetricas-y-ginecologicas-abbyy-benrruby-a5b39f0b83afd9>
4. https://www.infermeravirtual.com/esp/problemas_de_salud/signos_y_sintomas/nauseas_y_vomitos
5. http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412011000200006

Capítulo 48

SEGUIMIENTO DOMICILIARIO SOBRE LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA A PUÉRPERAS

LUCIA MARTINEZ ARIAS

ANA YESICA FERNÁNDEZ MENÉNDEZ

INMACULADA GARCIA FERNANDEZ

1 Introducción

La lactancia materna siendo un acto natural y fisiológico se ha practicado desde los principios de nuestros días.

Con las civilizaciones aparecen también los misterios y tabúes sobre esta práctica, muchos pueblos primitivos creían que el calostro era negativo y por eso esperaban varios días para poner el pecho al niño, se establecían horarios y una serie de rituales que variaban de tribu en tribu, se comienza a ofrecer otros líquidos en forma de infusión : unos muy potentes y otros con escaso valor nutritivo.

Las madres de cada generación siempre han buscado un sustituto u otras que amamantaran por ellas.

El código de Hammurabi alrededor de 1800 años antes de Cristo, contenía regulaciones sobre la nodrizas que amamantaban al hijo de otra mujer. En los pueblos europeos que se remontan a 2000 años antes de Cristo, se han encontrado recipientes con boquillas en las tumbas de los niños.

Pero también es cierto que sus beneficios se han evidenciado siempre. En la antigua Esparta una mujer aunque fuera la esposa de un rey estaba obligada a ama-

mantar a su hijo mayor y las plebeyas se encargaban de la alimentación de los otros.

Plutarco explica que el segundo hijo del Rey Temistes heredó el reino de Esparta sólo por que su madre le había dado el pecho, el hijo mayor había sido amamantado por una extraña y por tanto fue rechazado. Se dice que Hipócrates escribió sobre el tema de la lactancia “la propia leche es beneficiosa , la de otros es perjudicial”.

No se conoce literatura hasta antes del renacimiento, sobre temas de lactancia materna. La literatura mundial existente, excepto la de EEUU, siempre han rendido tributo a la lactancia natural. Los textos del siglo XIX y XX ya señalaban el riesgo grave de infecciones en los niños a causa de los biberones.

Con el desarrollo de las sociedades , se ha desarrollado una cultura de la pro lactancia artificial, y como dijera el doctor Leif Hambræus, al cambiar la leche de la madre se ha hecho “el mas grande experimento, sin control ni seguimiento”. Sin embargo la tecnología de este desarrollo ha permitido acumular datos sobre la leche materna. Indiscutiblemente la leche humana, es para los bebés humanos. Cuanto mas detalles se descifran sobre los macro y micro nutrientes específicos contenidos en la leche humana, más evidente resulta que la leche materna está precisamente diseñada para el niño.

Las numerosas investigaciones, demuestran que los beneficios de la leche materna son a corto y largo plazo indiscutibles. Al respecto los organismos internacionales que promueven la salud mundial, se han pronunciado para la “protección, promoción y apoyo de la lactancia natural”.

2 Objetivos

Conocer los beneficios de la lactancia materna.

3 Metodología

Se realizó una revisión bibliográfica en bases de datos como Dialnet, Pubmed, Scielo y BVS, y buscador de internet “google académico”. Se limitó a publicaciones de carácter científico y se encontraron revistas, tesis doctorales, guías técnicas y otros documentos procedentes de cualquier país, escritas en lengua inglesa o española. Además, la búsqueda se redujo a los últimos años, es decir, solo se seleccionaron aquellos documentos publicados entre el 2012 y el 2018. Se utilizó lenguaje natural libre, combinado con operadores booleanos (“y/and”, “o/or”, “no/not”). Debido a que no encontraba suficiente información mediante

la búsqueda por palabras, se realizó la búsqueda por objetivos. Entre las palabras claves utilizadas, las más significativas han sido las siguientes: lactancia, materna, prevalencia ,exclusiva y natural, usando también los conectores “and” “or” y “not”.

4 Resultados

La lactancia materna exclusiva, es decir la alimentación del niño sólo con leche materna, sin añadir ningún otro alimento sólido o líquido, es el alimento perfecto e ideal que todo niño debe recibir durante los primeros 6 meses de vida.

Según la última asamblea celebrada por la Organización Mundial de la Salud (OMS) y los estudios revisados:

- La leche materna tiene todo los componentes nutritivos que necesitan los niños para crecer y conservar una buena salud.
- Es una vía natural en la que se encuentran ácidos grasos poliinsaturados, que intervienen en el desarrollo del sistema nervioso y visual.
- La alimentación con lactancia materna exclusiva, disminuye las tasas de mortalidad infantil principalmente en los países en desarrollo.
- Protege de enfermedades comunes como diarreas, infecciones de las vías aéreas superiores y otitis media aguda, además de todo tipo de infecciones en general.
- Estimula en el niño, su sistema de inmunidad y su respuesta a las vacunas, contiene centenares de enzimas y anticuerpos que refuerzan la salud a corto y largo plazo.
- Mejora la salud materna, porque reduce el riesgo de contraer cáncer de mama y ovario, la beneficia psicológicamente por el vínculo afectivo madre-hijo, favorece el espaciamiento de los nacimientos y reduce la tasa de fecundidad.
- Favorece también la involución uterina de la parturienta.
- Los beneficios de la lactancia materna se evidencian a corto, mediano y largo plazo.
- Hay suficientes datos que sugieren que la dieta temprana postnatal tienen efectos profundos en el crecimiento físico, el desarrollo y función de diversos órganos, en la morbilidad, mortalidad y velocidad de envejecimiento de los organismos .
- El seguimiento personalizado y el apoyo permanente, sí aumentan los porcentajes de niños alimentados exclusivamente de lactancia materna, durante los primeros seis meses de vida .

5 Discusión-Conclusión

La capacitación personalizada (para conocer los problemas de cada mujer respecto a la lactancia materna exclusiva) y el apoyo permanente, aumentan los porcentajes de niños alimentados exclusivamente en los seis primeros meses de vida.

Por lo expuesto, los beneficios de la lactancia materna exclusiva involucran más que beneficios individuales, los beneficios de una familia, los beneficios y futuro de una nación.

En este aspecto los pediatras desempeñan un papel muy importante, al igual que los ginecólogos y obstetras. La promoción de la lactancia materna exclusiva involucra también la educación de la población sobre el tema, el apoyo de los medios de comunicación, un marco legal que apoye a todas las madres trabajadoras-lactantes.

La ocupación materna, el apoyo de la pareja, la consejería previa, la edad, el grado de instrucción, el contacto precoz y la paridad, influyen en el logro de la lactancia exclusiva durante los primeros tres meses de vida.

6 Bibliografía

<https://portal.guiasalud.es/egpc/lactancia>

<https://www.aeped.es>

Capítulo 49

ACTUACIÓN ANTE UNA HEMORRAGIA POSTPARTO: GUÍA DE ACTUACIÓN PARA MATRONAS Y ENFERMERAS

TERESA APEZTEGUIA PALMA

AMAYA SEVILLANO SÁNCHEZ

ANGELA GARCÍA ANDRÉS

MIREN IZCO OREJA

1 Introducción

Manual dedicado a enfermería y especialmente para aquellas que se dedican a la especialidad de obstétrico ginecológica. Resulta de gran interés disponer de bibliografía actualizada para conocer y poder evitar errores en nuestra práctica diaria. Sabemos que una de las complicaciones más graves y que requieren de una actuación inmediata en el postparto precoz, es la hemorragia.

Con este manual se pretende dar a conocer las principales actuaciones para identificar y tratar con la mayor rapidez las hemorragias que se presentan en el postparto precoz.

Como sabemos, el parto se divide en cuatro fases. El periodo prodrómico en el que la mujer comienza con diferentes signos y síntomas que nos avisan de que el parto puede comenzar en cualquier momento, tiene una duración indeterminada.

Posteriormente entramos en el periodo activo de parto. Se considera este momento cuando la mujer presenta una dinámica uterina regular, un borramiento cervical >50% y una dilatación de 3-4cm. Alcanzamos la fase de expulsivo cuando la gestante se encuentra en dilatación completa (10 centímetros) y termina con la expulsión del feto. Terminamos con el alumbramiento, se entiende por ello la expulsión de la placenta y las membranas ovulares.

Es en este último periodo, cuando podemos hablar de la hemorragia en el postparto precoz (HPP). Es una de las complicaciones más importante en el 3 y 4 periodo del parto precisando de una actuación rápida.

Las definiciones no son del todo claras ya que cuantificar la pérdida hemática en el parto a través de la observación no es fácil , el Colegio Americano de Obstetras y Ginecólogos (ACOG) definen la hemorragia postparto como "como una pérdida de sangre acumulada igual a 1.000 ml o más, junto con signos o síntomas de hipovolemia en las primeras 24 horas después del parto, independientemente de la vía de nacimiento." La definición que quizás más se use es la que aporta la Organización Mundial de la Salud (OMS) que define la HPP como "Pérdida de sangre de al menos 500 mililitros en un parto vaginal 1000 mililitros en una cesárea"

Dentro de las hemorragias postparto , podemos diferenciar dos tipos.

- Hemorragia postparto precoz : Toda hemorragia que ocurre dentro de las primeras 24 horas tras el parto
- Hemorragia postparto tardío : Toda hemorragia que acontece después de las primeras 24 horas hasta 6 semanas tras el mismo.

La HPP precoz es la causa aislada más importante de la mortalidad materna, es por ello que nos centramos en ella. La estrategia mundial para la salud de la mujer, el niño y el adolescente (2016-2030) recoge dentro de sus objetivos que han de alcanzarse de aquí a 2030 : "La reducción de la tasa mundial de mortalidad materna a menos de 70 defunciones por 100 000 nacidos vivos. " Pero uno de los problemas que observamos ante una HPP es la dificultad a la que se enfrentan los profesionales para estimar la cantidad de hemorragia perdida durante el parto. Ante evidencia de sangrado antes o después del alumbramiento será necesario cuantificar la hemorragia y valorar la repercusión en el estado hemodinámico de la mujer.

2 Objetivos

- Obtener los conocimientos necesarios para actuar en caso de emergencia
- Conocer las medidas a implantar en caso de necesidad ante una hemorragia

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo se ha realizado una revisión bibliográfica de libros y también se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

También se han revisado diferentes protocolos y guías de distintos hospitales.

4 Resultados

ACTUACIÓN INICIAL

Manejo Inicial

- 1- Realizar una evaluación clínica para evidenciar donde está el foco de la HPP:
a. Periné b. Vagina c. Cervix d. Palpación uterina
3. Realizar un control de Constantes Vitales y valorar la cantidad de pérdida hemática.
4. Sondaje vesical . La vejiga llena puede interferir en la contracción del útero.
5. Está recomendada la fluidoterapia agresiva con Suero Fisiológico a. Reponer 300 mililitros por cada 100 mili litros perdidos.
6. Canalizar otra via venosa periférica. Intentaremos coger un 14G para que pase la mayor cantidad de fluidoterapia en el menor tiempo posible.
7. Realizaremos una analítica de sangre; a. Hemograma, bioquímica y coagulación. b. Pruebas cruzadas por si tuviéramos que transfundir hemoderivados.
8. Administrar oxigenoterapia a 6-8 litros/minutos con mascarilla.

Una vez que hemos estabilizado a la paciente y localizada la causa de la HPP procederemos a actuar según sea la causa:

· Atonía uterina: o Manejo no farmacológico:

☒ Sondaje vesical

☒ Masaje uterino

☒ Valorar si existen coágulos en el canal cervical y retirar

☒ Control hemodinámico o Manejo farmacológico:

☒ Oxitocina (Syntocinon). 10-40 UI intravenosa La oxitocina es una hormona que provoca contracciones.

☒ Metilergometrina (Methergyn) 0,2 mg intramuscular cada 2- 4 horas si es necesario. Se podría poner un máximo de 5 dosis en 24 horas. El methergyn produce contracciones uterinas y vasoconstricción, por ello está contraindicado en mujeres que con pre-eclampsia o con tensiones arteriales elevadas.

- ☒ Misoprostol 1000mcg. Via rectal (Cytotec). Los comprimidos vienen en dosis de 200 mcg, con lo cual serían 5 comprimidos vía rectal.
- ☒ Carboprost 0,25 mg (Hemabate) intramuscular cada 15 minutos. Máximo 8 dosis. o Balón de Bakri
- ☒ El balón de bakri, es un balón he mostásico cuyo fin es hacer presión en las paredes uterinas para frenar la hemorragia. Está fabricado con silicona sin latex.
- ☒ El equipo incluye ; una jeringa de 60 ml y un tubo de extensión para bolsa y válvula de no retorno.
- ☒ El volumen a introducir son entre 150-300 ml.
- ☒ Generalmente se mantiene entre 4-6 horas. (No se aconseja dejarlo más de 24 horas)
- ☒ Se mantendrá una sonda vesical en todo momento.
- ☒ Administración de antibióticos como profilaxis.
 - Retención de placenta o Extracción manual de placenta. Si transcurridos 30 minutos desde un alumbramiento dirigido o 60 minutos desde un alumbramiento pasivo (donde no se ha administrado oxitocina tras la salida del hombro anterior del bebé) la placenta no acaba de alumbrar , avisaremos al ginecólogo para una valoración y una posible extracción manual de placenta. o Manejo:
- ☒ Revisión de la placenta para verificar que ha salido completa.
- ☒ Maniobra de Credé para ayudar a la salida de coágulos internos.
- ☒ Revisión del canal del parto.
- ☒ Extracción manual de placenta.
- ☒ Ecografía.
- ☒ Legrado uterino. o Existen varios tipos de inserciones de placenta que pueden dificultar su despegamiento. Esto ocurre en 1 de cada 2500.partos aproximadamente :
- ☒ Placenta ácreta: Se da en un 75% de los casos. Esto ocurre cuando la placenta se inserta en el borde del miometrio, pero sin atravesarlo.
- ☒ Placenta íncrета: Se da en un 15%.
Aquí la placenta atraviesa el miometrio y se inserta en él.
- ☒ Placenta pércreta: Un 5% de los casos. La placenta se inserta en la capa serosa y puede invadir órganos vecinos.
 - Desgarros o Valorar el tipo de desgarro qué es:
- ☒ Desgarro cérvix. Se sutura normal.
- ☒ Desgarro vaginal. Valorar el grado;
 - I grado: Lesión de piel perineal.
 - II grado: Lesión de músculos perineales sin afectar esfínter anal.

- III grado: Lesión de esfínter anal. o IIIa: Lesión del esfínter externo <50 % grosor. o IIIb: Lesión del esfínter externo >50 % grosor. o IIIc: Lesión de esfínter externo e interno.

- IV grado: Lesión del esfínter anal y la mucosa rectal.

- Rotura uterina:

Lo primero a realizar será la valoración de la posible rotura uterina, existen unos signos y síntomas acordes a ello. La rotura uterina puede ser:

- ☒ Completa: Separación de todas las capas de la pared uterina.

- ☒ Incompleta: Separación de las capas del endometrio y miometrio con conservación de la capa serosa. Relacionado con cicatrices en cesáreas anteriores. o Signos y síntomas relacionados con una rotura uterina

- ☒ Anormalidades en el registro cardiotocográfico.

- ☒ Dolor abdominal severo que persiste entre contracciones.

- ☒ En caso de una cesárea anterior, sensibilidad en la región de la cicatriz uterina.

- ☒ Sangrado vaginal anormal o hematuria.

- ☒ Cese de la actividad uterina de forma inmediata.

- ☒ Taquicardia materna, hipotensión y shock.

- ☒ Ascenso de la presentación. o Actuación:

- ☒ Comunicar al equipo la sospecha y pro ceder a indicar una cesárea urgente.

- ☒ Traslado urgente de la paciente a quirófano.

- ☒ Anestesia general urgente.

- ☒ Posibles técnica quirúrgica:

- Sutura de compresión uterina B-Lynch: es el tratamiento quirúrgico más usado.

- Laparotomía media infraumbilical.

- Extracción del feto y placenta.

- Hemostasia quirúrgica.

- Valoración de la extensión de la rotura.

- Búsqueda de roturas en ligamento ancho, cérvix y vagina.

- Valoración de la integridad vesical.

- Involución uterina o El fondo uterino se invierte y se prolapsa hacia la cavidad uterina llegando incluso a salir por el cérvix alcanzando la vagina y el exterior. o Existen distintos grados de involución uterina:

- ☒ Grado I: Fondo uterino no supera el orificio cervical interno y se queda dentro de la cavidad endometrial.

- ☒ Grado II: Fondo uterino supera el orificio cervical externo permaneciendo en la vagina.

- ☒ Grado III: Fondo uterino invertido alcanza el introito. o Actuación

☒ Reposición rápida del fondo de útero, cuánto antes se intente, más fácil será conseguirlo.

☒ Medidas de soporte ante un posible shock neurogénico e hipovolémico.

☒ Comunicar de forma eficaz la emergencia.

- Ginecología
- Anestesista
- Pediatría
- Equipo quirófano maternal

☒ Tumbbar a la paciente

- Monitorizar a la paciente
- Canalizar vías de grueso calibre
- Petición de analítica preoperatoria y hemoderivados
- Sueroterapia intensiva. 2 litros de cristaloideos
- Oxigenoterapia 10 litros/minuto

☒ No intentar extraer la placenta si queda adherida

☒ Reposición del útero

· Reposición manual. Maniobra de Jonhson. Se coge el fondo uterino con la palma de la mano y se hace una presión suave y constante de este hacia el interior del cérvix. Una vez situado en su posición anatómica, la mano se cierra, se hace un puño y presiona el fondo de la cavidad. Mientras, con la otra mano se realiza un masaje uterino desde fuera. Se recomienda antibioterapia profiláctica.

5 Discusión-Conclusión

En esta revisión queda concluida la importancia de una buena formación en cuanto a la hemorragia postparto en los profesionales que se dedican a la obstetricia.

Hemos visto que es un situación de emergencia que se puede dar en cualquier tipo de parto, ya sea un parto vaginal o una cesárea, y lo importante que es una rápida y buena actuación.

Cada profesional debe estar formado para asumir las responsabilidades que de ellos se esperan. Es por ello que esta revisión pretende abordar las medidas a instaurar en caso de que se presente una hemorragia tanto en un postparto inmediato como en un postparto tardío.

6 Bibliografía

Servicio Canario de Salud. Complejo Hospitalario Universitario

Insular Materno Infantil. . (2012). Obtenido de Protocolo

Médico: parto vaginal tras cesárea.A., T. P.-L. (s.f.). Hemorragias Del Embarazo, Parto y Puerperio .

1-Recuperado el 20 de Abril de 2020, de SINTESIS:sintesis.med.uchile.cl/index.php/respecialidades/r-ginecologia-y-obstetricia/135-revision/r-ginecologia-y-obstetricia/1694-26-hemorragias-del-embarazo-parto-y-puerperio.

2-Medicina fetal Barcelona. (16 de Octubre de 2014). LESIONES PERINEALES DE ORIGEN OBSTÉTRICO: Diagnóstico, tratamiento y seguimiento. . Recuperado el 20 de Abril de 2020, de PROTOCOLO: LESIONES PERINEALES DE ORIGEN OBSTÉTRICO :<https://medicinafetalbarcelona.org/protocolos/es/patologia-materna-obstetrica/lesiones%20perineales%20de%20origen%20obstetrico>new.pdf

3-Salud, S. C. (2012). Protocolo médico: parto vaginal tras cesárea. Recuperado el 19 de Abril de 2020

4-SOGIBA. (2018). Consenso hemorragia postparto (HPP). Disponible en <https://es.scribd.com/document/395669370/art07>

5-Baskett, T., Carder, A., & Arukumaran, S. (2007). Acute uterine intervesion. En T. Baskett, Munro kerr's Operative Obstetrics (págs. 243-9). Amsterdam: Elsevier.

6-Federación Argentina de sociedades de Ginecología y Obstetricia.(2015). Manual breve para la práctica clínica en emergencia obstétrica. Recuperado el 20 de Abril de 2020, de <http://www.fasgo.org.ar/images/Manual-Breve-Emergencia-Obstetrica.pdf>

7-Organización Mundial de la Salud.(2014). Recomendaciones de la OMS para la prevención y el tratamiento de la hemorragia posparto. Recuperado el 19 de Abril de 2020, de https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/141472/9789243548500_spa.pdf?sequence=1

8-Martínez Pérez, O. A. (2014). Manual práctico de emergencias obstétricas. Recuperado el 21 de Abril de 2020, de volumen 1.:https://emergenciasobstetricas.es/documentos/MANUAL_OBSTETRICIA_Vol1.pdf

9-Robert, M. S. (11 de Octubre de 2018). Espectro de placenta accreta. Recuperado el 20 de Abril de 2020, de INTRAMED: <https://www.intramed.net/contenido/ver.asp?contenido=92>

606

10-Sánchez Miguel A., P. H. (4 de julio de 2018). Recomendaciones actuales en el manejo de la hemorragia masiva. ¿Qué ha cambiado desde el documento HEMOMAS? Recuperado el 20 de Abril de 2020, de ANESTESIAR:<https://anestesi.org/2018/recomendaciones-actuales-en-el-manejo-de-la-hemorragia-masiva/>

Capítulo 50

ENFERMERIA : ENFERMEDADES NEURODEGENERATIVAS CON ACÚMULO CEREBRAL DE HIERRO

DANIEL ORDÓÑEZ ZAMORANO

MARÍA DE LA CRUZ RODRÍGUEZ

ALBERTO ORDOÑEZ ZAMORANO

ANDREA PALOMARES MUELA

LUZ MARÍA CARREÑO TÉBAR

1 Introducción

Las enfermedades neurodegenerativas con acúmulo cerebral de hierro son un grupo de enfermedades genéticas neurodegenerativas que se caracterizan por un síndrome piramidal progresivo y un excesivo depósito de hierro en los ganglios basales. El diagnóstico está basado en la clínica, hallazgos en las técnicas de imagen y el análisis genético.

En la resonancia magnética se observa una distribución simétrica de los depósitos de hierro en los núcleos de sustancia gris. Estos depósitos son edad-dependiente, es decir, aumentan con la edad, y pueden preceder a la sintomatología. El grado de depósito férrico se correlaciona parcialmente con la clínica, pero no es necesaria ni suficiente para producir el fenotipo de la enfermedad. Existen múltiples subtipos con distintas características neurorradiológicas y clínicas.

Cabe destacar que podemos encontrar depósito de hierro en otras patologías como pueden ser la esclerosis múltiple, la demencia por virus de la inmunodeficiencia humana (VIH), la ataxia de Friedreich, la enfermedad de Alzheimer y la enfermedad de Parkinson. El tratamiento es sintomático y de soporte, con terapia física y ocupacional así como con terapia del lenguaje.

Evolutivamente estos pacientes presentan periodos de deterioro rápido (1-2 meses) y periodos relativamente estables. La velocidad de progresión se correlaciona con la edad de inicio. La expectativa de vida es variable, la muerte prematura es habitualmente secundaria a la distonía y a la alteración de la deglución. Aquellos con inicio tardío y/o formas atípicas tienen una supervivencia y una calidad de vida mayores.

2 Objetivos

Conocer las formas de presentación, diagnóstico y manejo de las enfermedades neurodegenerativas con acúmulo cerebral de hierro, una patología que requiere un manejo multidisciplinar.

3 Caso clínico

Presentamos el caso de dos pacientes hermanos diagnosticados de enfermedad neurodegenerativa con acúmulo cerebral de hierro. Como antecedentes familiares de interés eran hijos de padres consanguíneos y con un tío con atrofia óptica bilateral.

El primer caso es un niño de 9 años, con problemas de atención, que presentaba cefaleas y pérdida de visión desde hacía 6 meses. A la exploración destacaba una rigidez generalizada muy leve, principalmente con el movimiento, y una hipertonía de extremidades inferiores con hiperreflexia generalizada así como pie cavo.

El estudio de fondo de ojo demostró palidez papilar bilateral y en la prueba de potenciales evocados visuales se objetivó un aumento de latencia. Con estos hallazgos el paciente fue diagnosticado de atrofia óptica bilateral. Posteriormente se le realizó una resonancia magnética donde se evidenció hipointensidad bilateral y simétrica en los globos pálidos y sustancia negra mesencefálica en las secuencias potenciadas en T2 y FLAIR, y especialmente en la secuencia de susceptibilidad magnética por un excesivo depósito de hierro. El trayecto de los nervios ópticos y las estructuras hipotálamo-quiasmáticas eran normales.

El segundo caso es una niña de 6 años, con nivel cognitivo normal, que un año más tarde del diagnóstico de la enfermedad de su hermano, presenta mala visión en el ojo derecho. En la exploración se observó un leve pie cavo dinámico, con reflejos osteotendinosos vivos pero no hipercinéticos y una limitación a la flexión dorsal de ambos pies (indicación de leve hipertonía distal). El estudio de fondo de ojo también demostró palidez papilar bilateral y en la prueba de potenciales evocados visuales se objetivó un aumento de latencia y morfología irregular. Dados los antecedentes familiares se decidió realizar una resonancia magnética que demostró depósitos de hierro en los globos pálidos y sustancia negra mesencefálica idénticos a los de su hermano.

Ambos hermanos fueron diagnosticados de una enfermedad neurodegenerativa con acúmulo cerebral de hierro. Tras el estudio genético se objetivó una mutación en C19orf12 (19q12) y se pudo precisar el subtipo: neurodegeneración asociada a proteína de membrana mitocondrial (MPAN).

4 Discusión-Conclusión

El subtipo que presentaron estos hermanos (MPAN) se caracteriza por ser una enfermedad autosómica recesiva, con inicio de la sintomatología en las dos primeras décadas de la vida, y que clínicamente se caracteriza por una paraplejía espástica progresiva, parkinsonismo que no responde al tratamiento con LDOPA y síntomas psiquiátricos o conductuales. Existen otros síntomas menos frecuentes como la atrofia óptica, alteraciones en el movimiento ocular, distonía, disfagia, disartria y neuropatía axonal motora. Se ha descrito una variante fenotípica caracterizada por la ausencia de síntomas extrapiramidales, debilidad muscular y atrofia, y discapacidad cognitiva o retraso en el desarrollo.

La resonancia magnética (RM) es muy útil para la evaluación de las enfermedades por acúmulo cerebral de hierro, pueden ayudar a distinguir los subtipos y facilitar su diagnóstico. Las nuevas aplicaciones en RM, incluyendo la evaluación de la evolución de la enfermedad en ensayos clínicos y la cuantificación de hierro en vivo, pueden facilitar los esfuerzos para desarrollar tratamientos.

5 Bibliografía

1. Kruer MC, Boddaert M, Schneider SA, Houlden H, Bhatia KP, Gregory A et al. Neuroimaging features of neurodegeneration with brain iron accumulation. *AJNR* 2012; 33:407–14

2. Kruer MC. The neuropathology of neurodegeneration with brain iron accumulation. *International Review of Neurobiology* 2013; 110:165-194
3. Kłysz B, Skowrońska M, Kmiec T. Mitochondrial protein associated neurodegeneration – Case report. *Neurologia i neurochirurgia polska* 2014;48:81-84
4. Gregory A, Hartig M, Prokisch H, Kmiec T, Hogarth P, Hayflick SJ. Mitochondrial Membrane Protein-Associated Neurodegeneration. *GeneReviews* [Revista en Internet]. 2014 febrero.
5. Gregory A, Hayflick SJ. Neurodegeneration with Brain Iron Accumulation Disorders Overview. *GeneReviews* [Revista en Internet]. 2013 febrero.
6. Hinarejos I, Machuca C, Sancho P, Espinós C. Mitochondrial Dysfunction, Oxidative Stress and Neuroinflammation in Neurodegeneration with Brain Iron Accumulation (NBIA). *Antioxidants (Basel)*. 2020 Oct 20;9(10):1020.
7. Kasapkara CS, Tümer L, Gregory A, Ezgü F, Inci A, Derinkuyu E et al. A new NBIA patient from Turkey with homozygous C19ORF12 mutation. *Acta Neurol Belg*. 2019; 119(4): 623–625.
8. Di Meo I, Tiranti V. Classification and molecular pathogenesis of NBIA syndromes. *European Journal of pediatric neurology*. 2018; 22 (2):272-28

Capítulo 51

ENFERMERIA :ESCLEROSIS MÚLTIPLE Y MATERNIDAD

DANIEL ORDÓÑEZ ZAMORANO

MARÍA DE LA CRUZ RODRÍGUEZ

ALBERTO ORDOÑEZ ZAMORANO

ANDREA PALOMARES MUELA

LUZ MARÍA CARREÑO TÉBAR

1 Introducción

La esclerosis múltiple (EM) es una enfermedad crónica, es el trastorno inflamatorio más común del Sistema Nervioso Central, convirtiéndose en la segunda causa de discapacidad neurológica en el adulto joven.

La mielina favorece la conducción de los impulsos nerviosos, por lo que cuando resulta dañada, se produce una interrupción de la transmisión y da lugar a los síntomas y signos característicos de esta enfermedad. Estos ataques del sistema inmunológico a la mielina, se conocen como brotes y se caracterizan por la destrucción de la sustancia blanca que rodea los axones neuronales, dando lugar, a la pérdida de mielina (desmielinización).

Brote es el concepto clínico que define la existencia de una manifestación neurológica de aparición aguda y de al menos 24 horas de duración, excluyendo la presencia de fiebre o infección.

Cuando aparecen nuevos síntomas neurológicos en los siguientes 30 días se considera que forman parte de la misma recaída. Remisión es la resolución de signos y síntomas tras el brote. Una remisión corresponde al período de mejoría que aparece entre los ataques.

EPIDEMIOLOGÍA:

- La EM es una enfermedad autoinmune inflamatoria desmielinizante crónica, que afecta al sistema nervioso central (SNC), entre jóvenes de edades entre los 20-40 años, de predominio por el sexo femenino, en una proporción 3:1, con una etiología multifactorial de interacciones genéticas y ambientales.

- La EM afecta con mayor frecuencia a las mujeres respecto a los hombres, como es el caso de la mayoría de enfermedades autoinmunes, así mismo, las mujeres tienen un curso clínico diferente, principalmente del tipo remitente-recurrente y los hombres tienden a presentar formas progresivas con peor pronóstico.

Actualmente, la prevalencia en España está en torno a 80-100 casos por 100.000 habitantes, lo cual implica que existen casi 50.000 personas afectadas de EM en nuestro medio.

ETIOLOGÍA:

La etiología exacta mediante el cual se produce la EM es desconocida. Afecta a la mielina que recubre las neuronas y células gliales, de tal forma, que las propias células inmunes y linfocitos del organismo, atacan esta sustancia convirtiéndolas en células que carecen del soporte imprescindible, para su nutrición y crecimiento.

En un individuo sano, los linfocitos y el resto de células del sistema inmune, vigilan la entrada de un antígeno en el organismo. Cuando éstos reconocen algún agente infeccioso invasivo, entran en acción, atrayendo a macrófagos y neutrófilos para desencadenar la respuesta inmune. En las enfermedades autoinmunes como es la EM, las células se activan y comienzan a liberar los mensajeros celulares, actuando contra el propio tejido sano de la mielina neuronal.

En pacientes con EM, la aparición de un cuadro infeccioso puede ser el desencadenante de un brote, y durante el transcurso de la infección, a menudo existe un empeoramiento del estado de base del paciente, posiblemente debido entre otras causas, al aumento de la temperatura corporal.

Entre los signos y síntomas de esta enfermedad, podemos encontrar:

- Visual: visión borrosa, pérdida de visión unilateral, oscilopsia, diplopía.
- Motor: debilidad en miembros, espasticidad, hiperreflexia.
- Sensibilidad: hormigueos, parestesias, disestesias, Lhermitte, neuralgia del trigémino, alodinia, hiperpatía.
- Cerebelo: temblor, ataxia, incoordinación.

- Genitourinario: urgencia miccional, polaquiuria, retención, incontinencia, infecciones de repetición, impotencia, anorgasmia, dispareunía.
- Neuropsiquiátrico: fallos de memoria y atención, disminución de la capacidad de procesamiento, depresión, irritabilidad.
- Fatiga: presente en un 70% de los pacientes, se describe como una sensación de cansancio físico y mental no relacionada con la intensidad de la actividad llevada a cabo.

FACTORES DE RIESGO:

Aparte del sexo femenino y las infecciones, se encuentran otros factores de riesgo relacionados con posibilidad de desarrollar EM

- Infección: la respuesta autoinmune anormal puede estar desencadenada por una infección vírica previa (con fases de reactivación y de inactividad de forma periódica) como: virus Epstein Barr, sarampión y ciertos tipos de herpes virus humanos; aunque actualmente no se ha demostrado con contundencia que algún virus específico sea el causante de la enfermedad.
- Deficiencia de vitamina D. La falta de exposición a la luz solar, provoca una falta de vitamina D, la cual tiene propiedades inmunomoduladoras en nuestro organismo.
- Vivir en latitudes altas: es el factor más asociado con el riesgo de desarrollar EM, es mucho más frecuente al norte y sur del ecuador, que en las zonas con climas tropicales.
- Tabaquismo: Las personas que fuman más de 20 cigarrillos al día multiplican por dos el riesgo de desarrollar EM comparado con los no fumadores y, además, fumar agrava la progresión de la enfermedad, ya que las sustancias del tabaco aumentan la respuesta inmune.
- Predisposición genética. No es una enfermedad hereditaria, pero existe una predisposición genética. El riesgo de un hijo de desarrollar EM, si uno de sus progenitores tiene la enfermedad, es del 2-5% (siendo mayor si es madre-hija), pudiendo llegar hasta el 20-30% si ambos padres presentan la enfermedad. En el caso de gemelos monocigóticos este riesgo es del 26%. El marcador genético más identificado es el HLA DR.

La posibilidad de que el embarazo altere la evolución natural de la enfermedad, así como el estado de salud del feto o la capacidad para el cuidado del mismo, son temas que habitualmente plantean un dilema en el deseo gestacional de las mujeres con EM.

Dada las características de esta enfermedad de predominio en mujeres jóvenes, en este trabajo se revisará la influencia del embarazo en la esclerosis múltiple.

2 Objetivos

- Analizar la influencia que ocasiona el embarazo en pacientes con Esclerosis Múltiple.
- Conocer si existen diferencias en el tipo de parto en mujeres con dicha enfermedad.
- Describir si la lactancia materna exclusiva es una alternativa posible entre las pacientes con EM en el postparto.

3 Metodología

Para el desarrollo de este trabajo, se ha llevado a cabo una profunda revisión bibliográfica de la literatura científica, con el objetivo de analizar los últimos estudios sobre los posibles efectos que ocasiona el embarazo en pacientes con Esclerosis Múltiple.

Se ha realizado una búsqueda en varias de guías de práctica clínica de atención a pacientes con EM y también se han consultado artículos científicos en las bases de datos Pubmed, Scielo, Cinhal, Cochrane Library y el buscador de Google académico con las palabras clave esclerosis múltiple, embarazo, parto, lactancia materna. La búsqueda se delimitó utilizando los operadores booleanos AND, OR y NOT

4 Resultados

Una revisión sistemática evaluó la evolución de la enfermedad y la gestación en mujeres con EM incluyendo 22 estudios de diseño observacional sin grupo control, con un total de 13.144 mujeres embarazadas con EM. La revisión consideró la tasa de brotes previa, durante y posterior al periodo de gestación, así como las complicaciones durante el embarazo, cesáreas, prematuridad, bajo peso al nacer y lactancia materna.

Las tasas anuales de brote entre las mujeres embarazadas fueron: $0,435 \pm 0,021$ durante el año previo al embarazo; $0,182 \pm 0,012$ durante el embarazo y $0,703 \pm 0,024$ tras el embarazo para un total de 13 estudios y 1.221 mujeres incluidas.

La tasa de brotes está disminuida de manera global (reducción del 70% en el 3º trimestre) con un aumento de la misma tras el parto. En cuanto a la tasa de brotes, el resultado fue semejante a la presentada, durante el año previo al embarazo. Finalmente, con respecto a la discapacidad no se encontró empeoramiento atribuible al embarazo.

Aunque la evidencia fue escasa, en las mujeres con EM no pareció existir un incremento significativo de las complicaciones del embarazo o del parto, ni tampoco sugirió tener un efecto negativo en el feto o en el recién nacido.

La mejoría durante el embarazo podría deberse a los cambios hormonales (incremento de estrógenos, progesterona, prolactina y otras) existentes y que tienen un efecto antiinflamatorio. Se considera que el embarazo es un factor protector en el transcurso de la EM.

El embarazo a término modifica el riesgo de padecer brotes, pero no tiene influencia en la evolución de la enfermedad a largo plazo, ni favorece una mayor discapacidad.

No se detectó ninguna influencia de la anestesia epidural, como posible desencadenante de brotes en las pacientes sometidas a ellas, ni complicaciones en las pacientes con EM respecto a la población general (Estudio PRIMs).

A las mujeres con EM se les recomienda interrumpir el uso de fármacos moduladores de la enfermedad previamente a concebir para minimizar el riesgo de daño fetal.

Respecto al tratamiento de los brotes durante el embarazo, se recomienda evitar los corticoides (clasificados en la categoría C de riesgo según la FDA). Se recomienda evitarlos en el primer trimestre, ya que existe una relación entre malformaciones fetales, como el paladar hendido, y su uso en este periodo. En caso de brotes durante el segundo y tercer trimestres del embarazo, parece seguro administrar dosis altas de metilprednisolona para acelerar la recuperación de las recaídas, pero se recomienda su utilización únicamente en caso de recaídas invalidantes.

En el puerperio, se apreció un aumento de la tasa anual de brotes, del cual un 30% de las mujeres tuvieron una recaída en dicho periodo. Sin embargo, dentro de estas recaídas, se observó que el 94,4% tuvieron lugar en el 1º trimestre postparto. Respecto a la lactancia materna hasta fechas recientes, se recomendaba abandonar la esta opción para reintroducir el tratamiento lo antes posible, ya que no se conocía la seguridad de los fármacos a través de la leche. Por lo tanto, las mujeres se veían obligadas a elegir entre una lactancia materna o renunciar a ella para reintroducir la terapia farmacológica.

Se realizó una revisión sistemática y un metaanálisis de 24 estudios, que incluyen a 2974 mujeres, y se observó una reducción de la tasa de recaídas en el posparto respecto a las mujeres que amamantaban en comparación con las que no lo hacían, con un mayor beneficio de la lactancia materna exclusiva en lugar de la no exclusiva.

5 Discusión-Conclusión

La literatura científica coincide en que durante el embarazo se reduce el riesgo de brotes principalmente en el tercer trimestre. Si existiese la aparición de un brote, no se recomendaría el uso de corticoides en el primer trimestre. No obstante, en el resto de la gestación sí es segura su administración. Aunque es ampliamente conocido el efecto protector del embarazo, se ha descubierto que en el puerperio aumenta el riesgo de recaídas principalmente en los tres primeros meses posteriores al parto.

Cuando una mujer comunique su deseo gestacional, se le recomendará ponerse en contacto con su neurólogo, ya que es preciso suspender el tratamiento con fármacos modificadores de la enfermedad previamente a la concepción y durante la misma.

6 Bibliografía

1. de Salud, S. C. (2016). Guía de actuación en pacientes con esclerosis múltiple. Gobierno de Canarias.
2. DE, G. (2012). Guía de práctica clínica sobre la atención a las personas con esclerosis múltiple.
3. AP, R. E. Esclerosis múltiple en embarazadas.
4. Moreno, R. D., Esponda, M. M., Echazarreta, N. L. R., Triano, R. O., & Morales, J. L. G. (2012). Esclerosis múltiple: revisión de la literatura médica. *Revista de la Facultad de Medicina UNAM*, 55(5), 26-35.
5. Bilbao, M. M., Durán, S. B., Llona, J. B., & Rodriguez-Antigüedad, A. (2019). Esclerosis múltiple, maternidad y cuestiones relacionadas con el género. *Neurología*, 34(4), 259-269.
6. Cuello, J. P., Ginés, M. M., Barriga, M. M., & De Andrés, C. (2017). Esclerosis múltiple y embarazo: estudio unicéntrico prospectivo y comparativo. *Neurología*, 32(2), 92-98.

Capítulo 52

ENFERMERIA Y LA VACUNACIÓN EN MUJERES EMBARAZADAS

DANIEL ORDÓÑEZ ZAMORANO

MARÍA DE LA CRUZ RODRÍGUEZ

ALBERTO ORDOÑEZ ZAMORANO

ANDREA PALOMARES MUELA

LUZ MARÍA CARREÑO TÉBAR

1 Introducción

Históricamente se ha considerado a la administración sanitaria como el ente sobre el que recae la responsabilidad de diseñar e implantar estrategias vacunales. La realidad actual impone que además de la administración sanitaria, otros elementos intervengan en la aplicación de los programas y políticas vacunales. Entre éstos se encuentran los profesionales sanitarios, las sociedades científicas, las compañías farmacéuticas y los medios de comunicación.

La vacunación forma parte de las políticas de salud pública en el mundo civilizado.

Dicha vacunación está sometida a una profunda evaluación que se fundamenta en cuatro pilares. En primer lugar su implantación viene precedida por grandes estudios clínicos que demuestran eficacia y seguridad. En segundo término existen entidades reguladoras que evalúan los hallazgos precedentes y en la Unión Europea es la Agencia del Medicamento la que aprueba su utilización. En tercera

instancia, las autoridades sanitarias definen el modo de empleo, la población diana y las pautas de administración. Finalmente existen sistemas de vigilancia y evaluación constantes que competen a diferentes organismos de ámbito público dentro de la farmacovigilancia.

Las indicaciones de vacunación en la embarazada van a depender de la repercusión que una determinada enfermedad pueda tener sobre la salud de la gestante, sobre el desarrollo embrionario y fetal y sobre la susceptibilidad del recién nacido frente a determinadas enfermedades. La vacunación no solo protege a la madre sino que a través del paso trasplacentario de anticuerpos al feto puede proteger al futuro recién nacido hasta el inicio del calendario vacunal.

Según su composición existen dos tipos de vacunas: las vivas o atenuadas y las muertas o inactivadas. Las primeras pueden suponer un riesgo para el feto debido a la transmisión vertical del agente vacunal al feto y en cuanto a las segundas no existe evidencia de que impliquen un riesgo de efectos adversos durante la gestación.

Idealmente las mujeres en edad fértil deberían estar inmunizadas contra las enfermedades prevenibles que puedan suponer un riesgo durante el embarazo para la misma gestante, para el feto o el recién nacido. Las mujeres gestantes, los fetos y los neonatos representan tres poblaciones de individuos de alto riesgo que son susceptibles a infecciones prevenibles con vacunas.

Se define como enfermedades prevenibles por vacunación a aquellas enfermedades infecciosas para las que existe una vacuna preventiva efectiva y que pueden evitarse mediante la inoculación de individuos de acuerdo a las recomendaciones oficiales.

Las matronas y los ginecobstetras proporcionan más atención general a la mujer que otros profesionales y por tanto tienen más oportunidades de incorporar a la mujer a los programas de vacunación.

2 Objetivos

Revisar las vacunas que están indicadas en las mujeres en edad fértil tanto antes como durante y después del embarazo.

3 Metodología

Se ha realizado una revisión bibliográfica de artículos delimitando dicha búsqueda a artículos publicados en los últimos 7 años. Se consultaron las siguientes bases: Cuiden, Pubmed y Google Académico. Fueron consultadas también

guías del SNS Español. Se usaron las siguientes palabras clave: "vacunación", "edad fértil" y "gestante". Como operador booleano se usó "and".

4 Resultados

Existen tres periodos que representan una oportunidad para vacunar a la mujer en edad fértil: etapa preconcepcional, gestación y posparto - lactancia. Se debe investigar sobre los antecedentes vacunales y el registro del calendario.

El papel del ginecobstetra y la matrona es asumir la calidad de los cuidados, documentar la historia de protección natural o adquirida, aconsejar la actualización del calendario y proceder a la administración y registro de las inmunizaciones pertinentes.

El objetivo de la inmunización materna es potenciar los niveles de anticuerpos contra algunas enfermedades evitando así que la gestante enferme de gravedad y propiciar el paso de inmunoglobulinas específicas para que sean traspasadas al feto vía trasplacentaria, lo que se conoce como inmunidad pasiva. La transferencia de Inmunoglobulina G al feto a través de la placenta proporciona inmunidad al recién nacido y al lactante. Esta inmunidad se ve complementada por el paso de Inmunoglobulina A a través de la leche materna.

La tasa de transferencia de IgG al feto aumenta a lo largo de la gestación, comenzando en la 13-17 semana y alcanza su nivel máximo en las últimas cuatro semanas.^{3, 4}

Vacunas cuya administración está recomendada durante la gestación:

VACUNA DEL TÉTANOS, DIFTERIA Y TOSFERINA /TÉTANOS-DIFTERIA

Se ha detectado en los últimos años un aumento del número de casos de la tosferina. Los lactantes menores de 6 meses constituyen un grupo de riesgo porque la inmunización de esta enfermedad no se alcanzaría hasta los 6 meses y es en esta época cuando son menores de 6 meses cuando la tosferina presenta mayor gravedad.

Por tanto se recomienda administrar una dosis de vacuna dTpa a todas las mujeres embarazadas preferentemente entre la semana 27 y 36 de gestación, aunque dicha vacuna puede administrarse en cualquier momento del embarazo. Hay que indicar la vacunación con dTPa en cada gestación y comprobar también la vacunación antitetánica y completar en caso de estar incompleta. Se recomienda la pauta de vacunación en este último caso del siguiente modo: primera dosis, cuanto antes mejor; segunda dosis, al menos cuatro semanas después de la primera y tercera dosis, al menos 6 meses después de la segunda. Se recomienda sustituir una de las dosis de Td por la dTpa entre la semana 27-36 de gestación.

También está indicada la administración de la vacuna a partir de la semana 36 en el caso de un control tardío del embarazo ya que la vacuna podría proteger al RN como estrategia del nido.

Los datos de seguridad disponibles sobre mujeres que recibieron dicha vacuna no sugieren que se haya producido cambios en los efectos adversos relacionados con la vacuna. 2,5 La American College of Obstetricians and Gynecologist (ACOG) y el Royal College of Obstetricians and Gynecologist de Reino Unido la recomiendan entre la semana 28 y 32 de gestación. En España sólo algunas comunidades autónomas como Cataluña y Asturias

VACUNA DE LA GRIPE ESTACIONAL

En las mujeres embarazadas la gripe ocasiona un número elevado de casos graves en comparación con las mismas personas de la misma edad y condición. Especialmente en el segundo y tercer trimestre del embarazo.

Los estudios demuestran que esta vacuna es beneficiosa y segura en las embarazadas y que la transferencia de anticuerpos vacunales maternos contra la gripe protege al lactante durante los seis primeros meses de vida.

En España actualmente se recomienda la vacunación antigripal a todas las embarazadas con independencia del trimestre de gestación en el que se encuentren, durante la temporada gripal

Vacunas a considerar antes de la gestación y en el postparto inmediato:

Todas las mujeres en edad fértil deberían estar protegidas de los virus teratogénicos de la rubeola y la varicela.

VACUNA TRIPLE VÍRICA

La vacuna triple vírica está contraindicada en el embarazo. Hay que recomendar a las mujeres que deseen embarazo, vacunarse al menos un mes antes de la gestación para minimizar posibles riesgos. 2 El registro de vacunas en el embarazo del CDC no muestra casos de rubeola congénita después de la vacunación no intencionada durante el primer trimestre. 6 Por tanto la administración, por error o por desconocer estado de embarazo, de la vacuna triple vírica no constituye razón para interrumpir la gestación.

Se debe incidir en la vacunación de la triple vírica en el posparto inmediato para evitar la infección y los daños fetales en futuras gestaciones.

VACUNA DE LA VARICELA

Esta vacuna también está contraindicada en la mujer embarazada por la misma razón que la vacuna triple vírica. Es una vacuna de virus vivos atenuados. Se recomienda no quedarse embarazada al menos hasta pasado un mes de la vacunación. Y como sucede con la triple vírica, vacunar en el postparto inmediato.

Todas las mujeres embarazadas que hayan tenido exposición al virus de la

varicela son subsidiarias de la administración de inmunoglobulina de varicela zoster

5 Discusión-Conclusión

En conclusión, podemos decir que la vacunación de la embarazada contra la influenza y el coqueluche es una medida segura y efectiva para proteger tanto a la madre, como al recién nacido en sus primeros meses de vida. Nuestros esfuerzos se deberían enfocar en mantener altas coberturas de la vacuna contra la influenza y mejorar las coberturas de las otras vacunas para optimizar la efectividad de estas. Nuevas vacunas para embarazadas (virus respiratorio sincicial y Streptococcus grupo B) se encuentran actualmente en desarrollo.

El Comité Asesor de Prácticas de Inmunización del CDC, recomienda que todas las mujeres embarazadas reciban vacunas dTpa en cada embarazo (separadas por al menos un año), para maximizar la respuesta de anticuerpos maternos y su transferencia pasiva al feto.

6 Bibliografía

1. José M^a Eiros Bouza, M^a Rosario Bachiller Luque, Víctor Zurita Vilamuza. Avances en vacunas: vacunas en el embarazo. Vaccination and Pregnancy. An Real Acad Med Cir Vall 2013; 50: 159-165.
2. A.Vilajeliu, C.Velasco, S.Valencia, V.García, JM. Bayas. Vacunación en la mujer en edad fértil y embarazada. Matronas Profesión.2014; 15(3):85-87.
3. María Verónica Contardo. Vacunación de la embarazada. Rev. Med. Clin. Condes. 2020; 31(3): 280-286.
4. M. Alejandra Rodríguez Galán. Vacunación en el embarazo. Boletín de farmacovigilancia vacunas. Instituto de Salud Pública. Gobierno de Chile. Núm. 3. 2019.
5. Luis Urbiztondo, Eva Borrás. Vacunación en la mujer embarazada. Recomendaciones de vacunación antes, durante y después del embarazo. Butlletí d'información terapéutica. BIT. Vol. 29, núm. 7,2018.

Capítulo 53

ENFERMERIA: DÉFICIT DE ALFA-1 ANTITRIPSINA

ANDREA ESTHER GARCÍA CAÑADILLA

ROXANA MARIBEL GUILLÉN MORENO

PATRICIA PLAZA GÓMEZ

LUCÍA DIAZ GONZALEZ GARCIA ROMERAL

JESSICA VICTORIA CAMPO ISIDORO

1 Introducción

El déficit de alfa-1 antitripsina (DAAT) es una condición genética autosómica rara y hereditaria, que aumenta el riesgo de sufrir una enfermedad pulmonar o hepática grave en las personas que lo presentan.

Los primeros datos encontrados, y relacionados con este tema, son los descubiertos por Fermi y Pernossi en 1894 (actividad inhibitoria de proteasas en plasma humano) o Schultze en 1955 (aisla la proteína responsable de la actividad antiproteasa en sangre, ubicada en la banda 1 de las globulinas y con capacidad de inhibir la tripsina, asignándole finalmente el nombre de alfa-1 antitripsina).

Laurell y Eriksson describen por primera vez el déficit de alfa-1 antitripsina en 1963. Laurell, revisando los geles de electroforesis observó la ausencia de la banda alfa-1 en la proteinograma de 5 pacientes de las 1500 muestras analizadas y posteriormente, Eriksson investiga que 3 de los 5 pacientes padecían enfisema pulmonar diagnosticado en una edad temprana, entre 35 y 44 años, y en 1 de el-

los existían antecedentes familiares de enfisema pulmonar. En 1965, este mismo autor en su presentación de tesis “estudios de alfa-1 antitripsina” demuestra el componente genético y hereditario y su relación con el desarrollo de enfisema pulmonar en edad temprana (estudia a una gran familia compuesta por varios hermanos diagnosticados de enfisema, además de 33 pacientes afectados y a sus familias). Estos autores concluyeron que era un trastorno hereditario caracterizado por la ausencia de la proteína alfa-1 y que aumentaba la probabilidad de padecer enfisema pulmonar. Seis años después, Sharp et al. publica un estudio en el que correlaciona el DAAT con la hepatopatía.

Es en 1968, cuando Janoff y Scherer descubren la existencia de la enzima elastasa y su relación con el enfisema pulmonar y en 1972, cuando se descubre que la elastasa del neutrófilo (EN) es inhibida eficazmente por la AAT.

Pero, ¿qué es la AAT? Esta glicoproteína hidrosoluble, sérica y capaz de difundir en los tejidos, pertenece a la familia de las serpinas. La principal función de la AAT es la inhibición de las proteasas en el plasma humano (concretamente serin proteasas, incluyendo la elastasa neutrocitaria (EN) entre ellas). Su lugar de producción son los hepatocitos, y en menor medida otros como monocitos, macrófagos, células epiteliales, etc. La síntesis y secreción se activa en los procesos inflamatorios (activada por moléculas como liposacáridos, $\text{TNF}\alpha$, interferón y citoquinas). Entre sus funciones se encuentra la regulación del sistema inmune, proliferación linfocitaria o de citoquinas, reparación del tejido conectivo, antioxidante o propiedades antimicrobianas. En condiciones normales el organismo produce 34 mg/kg/día, traducándose en concentraciones plasmáticas de aproximadamente 12 g/l.

Las personas afectadas por este déficit pueden desarrollar enfisema pulmonar (lo más frecuente), hepatopatía, o siendo menos frecuente, vasculitis o paniculitis.

Un tercio de ellos serán asintomáticos a lo largo de su vida.

La AAT y la EN interactúan de forma constante. La AAT se encuentra en los pulmones en condiciones normales protegiéndolo contra la actividad enzimática de la EN. La EN se ve aumentada por procesos inflamatorios para destruir a las bacterias y en DAAT. Un exceso provoca enfisema por la destrucción del parénquima pulmonar. También influyen factores exógenos como el humo del tabaco.

En el hígado, la mutación homocigótica ZZ produce que se acumule esta glicoproteína en su retículo endoplasmático. Como ya sabemos, en condiciones normales, se sintetiza en el hígado y el 80-90% es secretada fuera del hígado y no es retenida en los hepatocitos.

A pesar de tratarse de una enfermedad rara, esta situación genética es la más frecuente diagnosticada entre los adultos. Estudios estiman que aproximadamente

el 10% de las personas portadoras están diagnosticadas . Las causas encontradas en la bibliografía que pueden justificar este infradiagnóstico o retraso en el diagnóstico son el desconocimiento médico de que algunas enfermedades pulmonares o hepáticas pueden ser debidas al DAAT o la condición de asintomáticos de las personas afectadas.

Signos y síntomas de la enfermedad:

- Enfisema o enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC). La edad de diagnóstico suele ser temprana, alrededor de los 30 años en fumadores y alargándose hasta los 50 años en no fumadores .

El riesgo de padecerlo aumenta con la edad. Los síntomas de la enfermedad pulmonar por DAAT son los similares a los del EPOC de cualquier etiología, pero de inicio precoz (disnea de esfuerzo, tos, expectoración crónica). La gravedad va a depender del consumo de tabaco, hiperreactividad bronquial, episodios repetidos de infección o bajo peso . En un 35% de los casos, existía historial previo de asma.

- Hepatopatía. El mayor riesgo se encuentra en el primer año de vida y alrededor de los 50 años. La presentación clínica típica es la ictericia en los primeros meses de vida, con aumento de bilirrubina conjugada y de transaminasas en la analítica sanguínea. Puede detectarse hepatomegalia y en casos más raros y graves disfunción hepática severa con hipertensión portal, sangrado digestivo variceal, ascitis y esplenomegalia. En adultos se relaciona con el DAAT la cirrosis, hepatitis y hepatoma, siendo los signos y síntomas los propios de estas enfermedades por otras causas . Algunos estudios proponen que factores asociados como la obesidad y el sexo masculino pueden predisponer en la manifestación hepática (8).

- Paniculitis. Nódulos subcutáneos eritematosos y dolorosos generalizados con tendencia a ulcerarse. En algunos casos pudiéndose necrosar.

- Vasculitis. Enfermedad autoinmune que causa inflamación de los vasos.

- Otras: colitis ulcerativa, hipertensión resistente, aneurismas o disecciones (10).

2 Objetivos

- Dar a conocer la enfermedad de déficit de Alfa-1-Antitripsina (DAAT) mediante la exposición de un caso clínico.

- Identificar los signos y síntomas característicos de la enfermedad.

3 Caso clínico

Varón de 73 años, exfumador (1 paquete al día desde los 17 años hasta los 40 años, consumo acumulado de 23 paquetes/año). Trabajó como funcionario, negando ex-

posición a otros agentes externos que predisponían a irritación de parénquima pulmonar. Entre sus antecedentes personales destacan enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) diagnosticado hace más de 20 años con valores de AAT alterados y confirmación por genotipo y fenotipo de DAAT. En sus inicios estuvo en seguimiento por el Servicio de Neumología, pero actualmente sólo es manejado en Atención Primaria. Otras enfermedades: hipertensión arterial, diabetes mellitus T II, fibrilación auricular, dislipemia, entre otras.

El paciente se encuentra sintomático en la actualidad, con disnea de reposo (MRC grado IV, NYHA IV), tos productiva con expectoración verdosa, apirético. Se encuentra normotenso y frecuencia cardíaca ligeramente elevada. Valores de Saturación de oxígeno 84% tras actividad mínima y 89% en reposo. En la exploración física se detectan zonas de hipoventilación, sibilancias y crepitantes. Presenta en el último año empeoramiento de su estado general, con pérdida de peso, disminución del apetito y con frecuentes reagudizaciones que precisan modificaciones en el tratamiento habitual.

Es relevante conocer que durante todos estos años continúa sin fumar. Vacunación correspondiente por la edad y morbilidad (calendario vacunal adulto, antigripal anual y antineumocócica según protocolo). Los tratamientos pautados por su médico son inhaladores, corticoides a dosis bajas de forma crónica y la medicación correspondiente al resto de patologías previas. Durante la reagudización se procede a aumentar broncodilatadores/corticoides inhalados, antibioterapia vía oral y aumento de dosis de corticoides orales. La adhesión al tratamiento es óptima y presenta como efectos secundarios síndrome de Cushing exógeno (cara de “luna llena”, “joroba de búfalo”, obesidad central o abdominal, pérdida de masa muscular en extremidades inferiores, fragilidad capilar, piel fina) y aumento de glucemia basal por corticoterapia crónica. Con el cambio de tratamiento mejoría clínica hasta remitir a su estado basal.

Se trata de un paciente en circuito específico con severidad clínica y necesidad de cuidados importante y el abordaje terapéutico basado en cuidados paliativos.

4 Discusión-Conclusión

El déficit de alfa-1 antitripsina (DAAT) es una enfermedad de origen genético descrita en 1963 y caracterizada por unos niveles bajos en sangre de la proteína alfa-1 antitripsina (AAT). Enfisema pulmonar, hepatopatía, paniculitis y vasculitis sistémica ponen de manifiesto esta enfermedad. Tras la revisión se muestra el problema de infradiagnóstico de esta condición genética, por lo que la autora considera importante la divulgación de esta enfermedad. Para ello se ha realizado

una búsqueda bibliográfica en bases de datos científicas y se han expuesto los datos más relevantes en cuanto a signos y síntomas que definen el DAAT y sus algoritmos diagnósticos y terapéuticos

5 Bibliografía

1. Belmonte Mula, I. Actualización del algoritmo de diagnóstico de laboratorio del déficit de alfa-1- antitripsina: incorporación de la detección genotípica de la variante deficitaria Mmalton y utilización de muestras alternativas a la sangre total. UAB. [Internet]. 2017 [Acceso noviembre 20]. Disponible en: <https://hdl.handle.net/10803/457763>.
2. Monge, M.J., Costa, C., & Menga, G. Más allá de la EPOC en Latinoamérica: mejorando el manejo de pacientes con déficit de alfa-1 antitripsina (DAAT). Semantic Scholar [Internet]. 2017.[Acceso noviembre 2020]. Disponible en: <https://www.semanticscholar.org/paper/M%C3%A1s-all%C3%A1-de-la-EPOC-en-Latinoam%C3%A9rica%3A-mejorando-el-MongeCosta/b728f0424763b61d94b7d85d2cdf54a052926f6f?p2df>
3. Pastor Puente, S. Estudio del perfil de microRNAs circulantes en pacientes con déficit de alfa-1-antitripsina. Implicaciones diagnósticas, pronósticas y terapéuticas. RODERIC[Internet].2017[Acceso noviembre]. Disponible en: <http://hdl.handle.net/10550/63328>
4. Menga G., Girbal M., Montoto Piazza L., Fernández M. Deficiencia de Alfa-1 antitripsina y neumotórax espontáneo ¿solo una coincidencia? MEDICINA (Buenos Aires) 2020; 80: 473-478
5. Beatriz Lara, Ignacio Blanco, María Teresa Martínez, Esther Rodríguez, Ana Bustamante, Francisco Casas, Sergio Cadenas, José M. Hernández, Lourdes Lázaro, María Torres, Sergio Curi, Cristina Esquinas, Francisco Dasí, Amparo Es64 cribano, Inés Herrero, Beatriz Martínez-Delgado, Francisco Javier Michel, Francisco Rodríguez-Frías, Marc Miravittles. Archivos de Bronconeumología (English Edition), Volume 53, Issue 1, January 2017, Pages 13-18
6. Kevorkof, G. V.; Tellechea, P. E.; Acosta, M. A.; Najo, M. A.; Oviedo, E. E.; Peyrani, C.; Granado, M.R.; Fernández, S.G.; Yapur Bassani, N.; Balbo, N. Programa de cribado para el déficit De alfa 1-antitripsina en el servicio de neumonología del Hospital Tránsito Cáceres de Allende Revista Americana de Medicina Respiratoria, vol. 17, núm. 1, marzo, 2017, pp. 38-45
7. R.García-Palenzuela, R.Timiraos Carrasco, M.I.Gómez-Besteiro, G.Lavia,

M.Lago Pose, B.Lara. Detección del déficit de alfa-1 antitripsina: estudio en pacientes con enfermedad pulmonar obstructiva crónica diagnosticados en atención primaria. SEMERGEN-Medicina de Familia. 2017;43 (4): 289-294.

8. Ramírez-Quesada Wagner, Hevia-Urrutia Francisco, Rojas-Alvarado Marlon, Brenes-Pino Fernando, Alfaro-Alcocer Eduardo, Sauma-Rodríguez Johanna et al . ALFA-1 antitrypsin deficiency, a commonly missed cause of chronic liver disease in the adult: presentation of 9 cases with review of current literature.

Rev. gastroenterol. Perú [Internet]. 2019 Abr [citado 2020 Nov 03] ; 39(2): 127-131. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1022-51292019000200006&lng=es.

9. Guillermo Menga, Mariano Fernandez Acquier, Andrés L. Echazarreta, Patricia B. Sorroche, Maria V. Lorenzon, Martin E. Fernández, María S. Saez. Prevalence of Alpha-1 antitrypsin deficiency in COPD patients in Argentina. The DAAT.AR study. Archivos de Bronconeumología (English Edition), Volume 56, Issue 9, September 2020, Pages 571-577

10. Cid Q, Catherina; Sbarbaro A, Daniella; Schilling, Sara; Silva S, Boris; Larraín, Diego; Mendoza I, Laura. Déficit de Alfa-1-antitripsina y su tratamiento / Alpha1 antitrypsin deficiency and its treatment. Rev. Hosp. Clin. Univ. Chile ; 28(3): 219-226.

11. F. Casas Maldonado. Déficit de alfa-1 antitripsina. Neumosur.net [Internet].2019 [acceso noviembre 20]. Disponible en: https://www.neumosur.net/files/publicaciones/ebook/32-ANTITRIPSINA-Neumologia-3_ed.pdf

12. Denis Hadjiliadis, Paul F. Harron. Deficiencia de alfa-1 antitripsina. Medlineplus.gob. [Internet]. Ultima revisión 2018 [acceso noviembre 20]. Disponible en: [https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/000120.htm#:text=La%20deficiencia%20de%20alfa%2D1,y%20enfermedad%20hep%C3%A1tica%20\(cirrosis\)](https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/000120.htm#:text=La%20deficiencia%20de%20alfa%2D1,y%20enfermedad%20hep%C3%A1tica%20(cirrosis)).

Capítulo 54

ENFERMERIA Y SUS CUIDADOS DE LA FÍSTULA ARTERIOVENOSA

ANDREA ESTHER GARCÍA CAÑADILLA

ROXANA MARIBEL GUILLÉN MORENO

PATRICIA PLAZA GÓMEZ

LUCÍA DIAZ GONZALEZ GARCIA ROMERAL

JESSICA VICTORIA CAMPO ISIDORO

1 Introducción

La enfermedad renal crónica es un problema de salud pública de gran importancia debido a la elevada prevalencia y morbimortalidad cardiovascular, así como los costes que supone. Se caracteriza por la pérdida gradual e irreversible de la función renal, que conlleva la imposibilidad de excretar productos de desecho, de concentrar la orina y de conservar la homeostasis del medio interno. Con el paso del tiempo, los riñones dañados disminuyen su grado de funcionalidad y cuando está por debajo del 10-15 % estamos ante una enfermedad renal crónica terminal, y desde este momento, es imprescindible el tratamiento renal sustitutivo.

El tratamiento renal sustitutivo se subdivide en dos, la diálisis que a su vez tiene dos modalidades: la hemodiálisis y la diálisis peritoneal; y el trasplante renal.

1.1. ¿Qué es la hemodiálisis?

La hemodiálisis consiste en filtrar el exceso de líquidos y sustancias tóxicas del organismo, por medio de un circuito extracorpóreo, al pasar por un filtro llamado

dializador, donde se depura, mediante mecanismos de difusión, osmosis y ultrafiltración, y regresa al paciente libre de impurezas. Este tipo de tratamiento se realiza tres veces a la semana, cada sesión con una duración entre tres y cuatro horas, dependiendo del paciente. Estos pacientes precisan para poder llevar a cabo este proceso un acceso vascular, ya sea un catéter venoso (vía subclavia, yugular, o femoral) o una fístula arteriovenosa.

1.2 Accesos vasculares

Un acceso vascular ideal debe de permitir un abordaje seguro y continuado del sistema vascular, proporcionar flujos suficientes, así como la ausencia de complicaciones. Actualmente el acceso vascular que más se aproxima a este ideal es la fístula arteriovenosa autóloga en sus diversas localizaciones, destacando la radiocefálica, por lo que se convierte en el objetivo a alcanzar en los pacientes que inician hemodiálisis. Los accesos vasculares de segunda y tercera opción son la prótesis arteriovenosa, y el catéter venoso central.

1.3 La fístula arteriovenosa

La fístula arteriovenosa (FAV) es una anastomosis de una arteria a una vena adyacente. Se trata del acceso con menos morbilidad y tasa de complicaciones. El principal inconveniente que plantea la FAV es el tiempo necesario para la maduración. Otros inconvenientes son que no proporcione un flujo correcto, y que no en todos los pacientes se puede realizar. Los problemas relacionados con el acceso vascular constituyen una de las principales causas de morbilidad, hospitalización y coste en los enfermos con este tipo de terapia renal sustitutiva. Las causas más habituales de disfunción son la trombosis aguda y la estenosis. Existiendo además la posibilidad de infección, la formación de aneurismas, la infiltración del tejido celular subcutáneo por hematoma, o la rotura del acceso vascular.

Encontramos dos tipos de FAV:

- Por un lado la FAVI o fístula autóloga, considerado como primera opción. Se trata de una anastomosis entre una arteria y una vena superficial. A largo plazo estas fístulas desarrollan una muy buena permeabilidad, y es por regla general la que precisa menos reintervenciones una vez que ha madurado.
- La otra opción es la FAVP o fístula protésica. Consiste en la realización de un puente con material protésico entre una arteria y el sistema venoso profundo. Este tipo de fístula está indicado en aquellos pacientes con un inadecuado sistema venoso superficial, cuando previamente existen trombosis de FAVI, o cuando es necesaria la hemodiálisis de forma inmediata.

Tanto las FAV autólogas como las protésicas requieren cuidados específicos para su correcto mantenimiento y funcionamiento, siendo enfermería la encargada en

primer lugar, seguido por los nefrólogos y el propio paciente.

2 Objetivos

Conocer aquellos cuidados de enfermería que deben proporcionarse a la fístula arteriovenosa para aumentar su supervivencia de los pacientes afectados

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo se ha realizado una revisión bibliográfica de la literatura disponible sobre los cuidados de enfermería que aumentan la supervivencia de la FAVI. En cuanto a la estrategia de búsqueda, fue llevada a cabo a través de las bases de datos: PubMed, Medline, y Scielo. Además, se recurrió al buscador bibliográfico Google Académico.

Como criterios de inclusión para la selección de artículos se utilizaron todos aquellos artículos en inglés y español, desde el 2017 hasta la actualidad. Esta búsqueda bibliográfica se llevó a cabo entre noviembre y diciembre del año 2020. Siendo descartados todos aquellos estudios que no fueron realizados en humanos.

4 Resultados

Los cuidados de la FAV se inician antes de que se realice el acceso vascular, y van variando desde el periodo prequirúrgico, posquirúrgico, hasta la maduración y posterior utilización del acceso. Una vez pasado el periodo de maduración, aproximadamente cuatro semanas, la fístula ha sufrido una dilatación, un aumento de calibre, así como un engrosamiento de las paredes de la vena periférica por la arterialización. Dado este punto se puede iniciar su punción para dializar. Dar comienzo a las sesiones de diálisis supone el inicio de unos cuidados que han de ser exhaustivos y de forma protocolizada, ya que de estos depende la duración del acceso vascular y la calidad de las sesiones. Los cuidados exhaustivos de enfermería, junto con el adecuado abordaje y el autocuidado de la fístula por parte del paciente, contribuye de forma directa a la permeabilidad y supervivencia del acceso vascular.

En cuanto a los cuidados de enfermería durante el periodo de hemodiálisis, se pueden dividir en diferentes fases:

- Cuidados previos a la punción:

En primer lugar se debe realizar la observación, palpación y auscultación, donde se valorará el soplo y vibración del acceso con el objetivo de comprobar el buen funcionamiento, y valorar posibles complicaciones.

Para la prevención de infecciones se debe de usar una técnica aséptica previa a la punción.

- Cuidados durante la punción del acceso vascular:

La técnica de punción ha de realizarse de forma aséptica, con desinfección de la zona y usando guantes estériles. Existen distintos métodos:

- Punción en escalera que consiste en repartir las punciones a lo largo de toda la longitud de la vena, técnica más dolorosa y que precisa de un trayecto venoso con gran desarrollo.

- Área de punción, en una zona limitada de dos a tres centímetros. Menos dolorosa, pero con gran morbimortalidad del acceso, debido a la asiduidad de formación de aneurismas, estenosis y aumento de sangrado.

- Y por último la técnica en ojal, en la cual la punción se realiza en un único punto, siempre con el mismo ángulo y profundidad, para de este modo crear un túnel subcutáneo. Este método es una alternativa en pacientes con accesos poco desarrollados, y minimiza las complicaciones relacionadas con la punción.

Además el buttonhole facilita la auto-punción para la hemodiálisis domiciliaria.

La mayor limitación de esta técnica es que solamente es compatible con fistulas autólogas, ya que el punto de punción es rotativo.

Existe una relación clara entre la formación de aneurismas y la técnica de punción elegida, recayendo la responsabilidad sobre el equipo de enfermería, ya que de la correcta canalización depende la supervivencia del acceso. Dependiendo de la situación del acceso vascular la punción arterial se realizará en dirección distal o proximal. Actualmente existen estudios en los que se objetiva que el flujo es mayor cuando la punción se realiza en sentido distal a la anastomosis. En cambio la punción venosa siempre se ha de realizar en dirección proximal, facilitando así el flujo venoso. Tras la punción, para permitir la completa canalización del acceso ha de girarse el bisel hacia abajo, ya que esto minimiza el sangrado postpunción. Es muy importante evitar puncionar zonas erosionadas, enrojecidas o con hematomas. Si no fuera posible evitar la punción de aneurismas, estos deben de puncionarse por los laterales. Acto seguido de la punción, y siempre antes de conectar al circuito extracorpóreo, es necesario la comprobación de la adecuada canalización y permeabilidad del acceso con una jeringa con suero fisiológico. Es necesario la correcta fijación de las agujas, así como la colocación agradable y segura de la zona en la que se encuentra la fistula.

- Cuidados durante la sesión de hemodiálisis:

Para las primeras sesiones está recomendado un flujo alrededor de 200 ml/min, que puede ir aumentándose de forma gradual hasta 300-400 ml/min para conseguir un óptimo rendimiento del tratamiento. La labor de enfermería durante la sesión de hemodiálisis es vigilar los parámetros hemodinámicos tales como flujo del acceso, flujo del circuito sanguíneo, presiones dinámicas y estáticas, para de este modo detectar las posibles disfunciones que pueda presentar el acceso vascular.

Durante el tiempo que dure la sesión no se debe manipular la zona de punción. En cuanto a la extracción de las agujas, ha de realizarse de forma cuidadosa, para evitar desgarros, y de forma aséptica.

Una vez extraídas las agujas, se encuentra recomendado un tiempo mínimo de 10-15 minutos de hemostasia, o hasta que se forme el coágulo en la zona de punción.

En el caso de que la hemostasia de ambos puntos de punción se realice por separado, en primer lugar se hará primero la más proximal, para no favorecer el sangrado.

- Educación del paciente en hemodiálisis:

Educar al paciente sometido a este tratamiento sirve para fomentar la adherencia. Se debe enseñar al paciente a identificar posibles problemas en la fístula de forma temprana, enseñándole que es el soplo y thrill. Además se ha de instruir a los pacientes sobre la importancia e influencia de la dieta y los líquidos en el tratamiento.

Del mismo modo, se deberá insistir al paciente sobre la higiene del brazo antes de la sesión de hemodiálisis, y la retirada de los apósitos de hemostasia al día siguiente. El paciente deberá realizar ejercicios para favorecer desarrollo de la FAV, así como evitar cualquier venopunción o compresión sobre el mismo acceso. El paciente será instruido sobre la técnica para realizar hemostasia en caso de sangrado de la zona de punción tras la hemodiálisis.

5 Discusión-Conclusión

La bibliografía que se ha consultado para la realización de esta revisión bibliográfica coincide en la gran importancia de los cuidados enfermeros en el funcionamiento de las fístulas arteriovenosas. Es de gran importancia la educación del paciente por parte del personal de enfermería, ya que ahí se encuentra la diferencia en la calidad de los cuidados al paciente, lo que se traduce en una buena o mala supervivencia del acceso vascular.

Las punciones mediante la técnica en escalera y ojal, con el bisel hacia arriba han demostrado, según la bibliografía revisada, beneficios en lo que a la supervivencia de la FAV se refiere. En cuanto a los signos de disfunción del acceso vascular, la dificultad de punción es uno de los primeros que se observan.

En conclusión el cuidado de forma exhaustiva del acceso vascular minimiza las posibles complicaciones y alarga su supervivencia, ya sean gestionados por el equipo de enfermería, o por el propio paciente.

6 Bibliografía

1. Sociedad Española de Nefrología. Guías de acceso vascular en hemodiálisis [Internet]. Sociedad Española de Nefrología; 2005 [acceso 20 de noviembre de 2020]. Disponible en: <https://revistanefrologia.com/es-guia-clinica-espanoladel-acceso-vascular-hemodialisis-articulo-S0211699517302175>.
2. Alvarez-Ude F. Hemodiálisis: Evolución histórica y consideraciones generales. Nefrología al día [Internet] 1996. [acceso 21 de noviembre 2020]; 16 Supl 4: [25-36]. Disponible en: <https://www.revistanefrologia.com/es-hemodialisis-evolucionhistorica-consideraciones-generales-articulo-X0211699596023466>.
3. López JH. Punción con ecografía dirigida de la fístula arterio-venosa dificultosa. Dial Traspl. [Internet] 2011. [acceso 1 de diciembre de 2020]; 32(3): [126- 127]. Disponible en: <http://www.elsevier.es/es-revista-dialisis-trasplante275-articulopuncin-con-ecografa-dirigida-de-S1886284511001135>.
4. Van Loon MM, Goovaerts T, Kessels AG, Van der Sande FM, Tordoir JH. Buttonhole needling of haemo-dialysis arteriovenous fistulae results in less complications and interventions compared to rope-ladder technique. Nephrol Dial Transplant. [Internet] 2010. [acceso 1 de diciembre de 2020]; 25(1): [225-230]. Disponible en: <https://academic.oup.com/ndt/article-lookup/doi/10.1093/ndt/gfp420>.
5. Granados Navarrete I, Grau Pueyo C, Ibeas López J, Iglesias Sanjuán R, Jimeno Ruz V, Mañé Buixó N, et al. Ecografía portátil solicitada por enfermería como herramienta complementaria en la monitorización del acceso vascular para hemodiálisis: consolidación de una técnica. Revista SEDEN [Internet] 2008. [acceso 10 de diciembre de 2020]; (33). Disponible en: [http://www.revista.seden.org/files/1996_48\[2\].pdf](http://www.revista.seden.org/files/1996_48[2].pdf).
6. López Alonso MT, Lozano Moledo V, Yuguero Ortiz A, Fontseré Baldellou N. Influencia del ejercicio físico en el desarrollo de fístulas arteriovenosas nativas. Enfermería Nefrológica. [Internet] 2015. [acceso 12 de diciembre de 2020].

2020]; 18(3): [168 – 173]. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S225428842015000300004&lng=es.

Capítulo 55

COMPLICACIONES DE LA LACTANCIA MATERNA POR PARTE DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA

ANDREA ESTHER GARCÍA CAÑADILLA

ROXANA MARIBEL GUILLÉN MORENO

PATRICIA PLAZA GÓMEZ

LUCÍA DIAZ GONZALEZ GARCIA ROMERAL

JESSICA VICTORIA CAMPO ISIDORO

1 Introducción

La lactancia materna es la forma ideal de aportar a los niños pequeños los nutrientes que necesitan para un crecimiento y desarrollo saludables. Prácticamente todas las mujeres pueden amamantar, siempre que dispongan de buena información y del apoyo de su familia y del sistema de atención de salud, según la Organización Mundial de la Salud (OMS).

La Academia Americana de Pediatría (AAP) recomienda que los bebés se alimenten exclusivamente de leche materna durante aproximadamente los primeros seis meses de vida. Después de introducir alimentos sólidos en la dieta del bebé, la lactancia materna debe continuar durante el primer año de vida del bebé e incluso durante más tiempo, si así lo desean la madre y el bebé. La decisión de la duración y la alimentación del bebé depende de la madre, además de influir

mucho su estilo de vida. En algunos casos incluso puede no estar recomendada para el bebé o para la madre.

Las madres se enfrentan a una situación nueva en la que pueden presentarse algunas complicaciones o molestias a la hora de amamantar. A la hora de dar el pecho pueden presentarse una serie de complicaciones que deben ser identificadas, tratadas y resueltas cuanto antes para que ambos, madre e hijo puedan disfrutarla y vivirla en todas sus facetas.

Para ello en esta revisión abordamos los problemas más comunes que pueden aparecer durante la lactancia materna, como podemos prevenirlos y cómo podemos tratarlos, bien sea desde el papel de la propia madre siguiendo las recomendaciones del personal sanitario para prevenirlas o siguiendo un tratamiento médico y/o unas recomendaciones no farmacológicas para tratar estas complicaciones.

2 Objetivos

- Identificar los problemas que pueden aparecer durante la lactancia materna.
- Conocer cómo abordar las complicaciones derivadas de la lactancia materna por parte del personal de enfermería

3 Metodología

Para realizar este capítulo se ha realizado una revisión bibliográfica de la literatura disponible sobre las complicaciones de la lactancia materna y su manejo. Realizando una búsqueda sistemática en las principales bases de datos como son: PubMed y Scielo, además del buscador bibliográfico Google académico.

4 Resultados

Las complicaciones más comunes en el periodo de la lactancia materna son: dolor en el pezón, grietas en el pezón, ingurgitación mamaria, mastitis, candidiasis, suministro inadecuado de leche, pezón plano o invertido entre otras.

El dolor en el pezón es común los primeros días de lactancia, puede deberse a varios factores como la posición incorrecta del bebé durante la succión, para ello disponemos de gran diversidad de posturas en las que ambos, madre y bebé estén confortables. La liberación incorrecta del pezón al terminar de succionar también puede provocar dolor del pezón, y para ello disponemos de técnicas para liberar

el vacío tras acabar con la toma, como introducir el dedo en la comisura de la boca del bebé tras la finalización de la toma.

Las grietas en el pezón son muy molestas y suelen aparecer cuando el tiempo de succión es excesivo, o cuando el bebé coge el pezón con las encías. Para evitarlas uno de los tratamientos más utilizados es la aplicación de la propia leche en pezón y areola y dejarla secar, funciona debido a los componentes antiinfecciosos y antiinflamatorios que contiene la leche. La aplicación de pomadas con vitaminas A y D también es un tratamiento muy eficaz. Además de como prevención realizar una adecuada y exhaustiva higiene y cuidado de las mamas.

La agalactia o hipogalactia es la falta de producción de leche materna debido a un problema glandular, en el que el reflejo de producción de leche se ve alterado por el incorrecto vaciado de las mamas y la succión por parte del bebé. Puede estar causada por varios factores entre los que se encuentran el dolor post parto, el estrés y la ansiedad, además de la correcta nutrición de la madre, la ingesta adecuada de líquidos y el descanso materno.

Las deformidades del pezón pueden provocar una alimentación inadecuada del bebé, como son el pezón plano o invertido. Una de las soluciones es poder estimular el pezón antes de la toma para que se mantenga erecto para que el bebé pueda succionarlo correctamente, o si por el contrario el pezón se encuentra invertido, existen en el mercado pezoneras de silicona para que el bebé pueda succionar correctamente.

La ingurgitación mamaria se produce entre el 2º y el 4º día de vida del bebé, los pechos se ponen tensos, calientes y se notan dolorosos, esto es debido al aumento del flujo sanguíneo requerido para iniciar la producción de leche. Suele ser más grave si el bebé espacia mucho las tomas y la leche se acumula en los alveolos mamaros provocando su distensión. Para evitarla se recomienda vaciar las mamas con frecuencia, regular la ingesta de líquidos hasta que la producción de leche y las tomas se normalicen, realizar la extracción manual de la leche para prevenir la congestión y masajear las mamas en forma circular y descendente.

El hongo llamado *Candida Albicans* que prolifera en áreas húmedas y cálidas puede provocar candidiasis, siendo la boca del bebé y los pezones de la madre un lugar ideal para su proliferación. Los síntomas de esta infección suelen ser los pezones doloridos durante y después de la toma, además de presentar éstos un color rosado intenso; en el bebé pueden aparecer unos parches blancos y un aumento del enrojecimiento de la boca del bebé.

Si aparece esta infección se puede seguir con la lactancia materna tomando una serie de precauciones como el lavado de manos frecuente, lavado y esterilizado de chupetes, tetinas y demás objetos que el bebé puede meterse en la boca, mantener

el pecho seco y un tratamiento antimicótico en pezón de la madre y la boca del niño, bien sea local o por vía oral, además de la toma de analgésicos para aliviar los síntomas.

La inflamación de la mama debido a una infección por gérmenes patógenos es denominada mastitis, siendo la más frecuente la infección por *Staphylococcus aureus*. Puede producirse en una o ambas mamas, contando o no con la presencia de grietas en el pezón. Se caracteriza por la presencia de dolor, eritema, induración y aumento del calor local en una zona de la mama, siendo generalmente unilateral, además de mialgias generalizadas, cefalea y fiebre. Para prevenir esta infección es importante asegurarse del adecuado agarre durante las tomas, evitar el destete súbito, asegurarse de que los pechos no se llenan demasiado, evitar el uso de chupetes, evitar comprimir los pechos con la ropa, etc. Para su tratamiento no se debe suspender la lactancia salvo en la fase aguda, además de reposo en cama durante unos días, usar analgésicos y antitérmicos, toma de abundantes líquidos, vaciar de forma frecuente las mamas, mantener la correcta higiene de ella, y la toma de antibióticos.

5 Discusión-Conclusión

La lactancia materna es la alimentación ideal para todos los bebés, y durante los seis primeros meses de vida se recomienda que los bebés se alimenten exclusivamente de este modo, introduciendo después poco a poco el resto de los alimentos combinando ambas modalidades hasta al menos el primer año de vida del bebé. Durante la lactancia materna pueden aparecer algunas complicaciones o molestias tanto en la madre como en el bebé, y enfermería tiene un papel muy importante en la prevención, advirtiéndole a la madre de las posibles complicaciones que puedan surgir, la identificación de los síntomas más característicos de alguna de las complicaciones que pueden aparecer y en el tratamiento de estas.

Algunas de estas complicaciones pueden ser la mastitis, la ingurgitación mamaria, las deformidades en el pezón, las grietas, etc.

6 Bibliografía

1. Arriba Ortega B, Bailón Muñoz E. Consejos para la mujer durante el embarazo y el puerperio. FMC. Form Med Contin Aten Prim.2010; 17 :408.
2. Braña Marcos B. El manejo del dolor del pezón y/o las lesiones asociadas a la lactancia materna. Enfermería Clínica. noviembre de 2007;17(6):334-6.
3. Stuebe AM. Enabling Women to Achieve Their Breastfeeding Goals. Obstetrics

& Gynecology. marzo de 2014;123(3):643-52.

4. Fernández Medina IM, Gonzalez Fernández CT. Lactancia materna: Prevención de problemas tempranos en las mamas mediante una técnica de amamantamiento eficaz. eglobal. 1 de julio de 2013;12(3):443-51.

5. Hernández Aguilar MT, Aguayo Maldonado J. La lactancia materna. Cómo promover y apoyar la lactancia materna en la práctica pediátrica. Recomendaciones del Comité de Lactancia de la AEP. An Pediatr (Barc). 2005;63:340-56.

Capítulo 56

CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN LA DIABETES GESTACIONAL

LOURDES SERRANO RABANAL

MARÍA JOSEFA MOLINA CIUDAD REAL

MARÍA HERNÁNDEZ SÁNCHEZ

MAEBA RIVAS MUÑOZ

ANA BELÉN SÁNCHEZ PASTOR

1 Introducción

La Federación Internacional de Diabetes (FID) define la diabetes como una enfermedad crónica que ocurre cuando el cuerpo es incapaz de producir la cantidad necesaria de insulina.

La Asociación Estadounidense de Diabetes (ADA) clasifica la diabetes como:

- ☒ La diabetes tipo 1 es causada por una reacción autoinmune.
- ☒ La diabetes tipo 2 es el tipo de diabetes más común en la población.
- ☒ Diabetes gestacional (DG),
- ☒ Otros tipos de diabetes, causadas por enfermedad pancreática exocrina, diabetes causada por medicamentos, como el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) o el tratamiento del síndrome de diabetes monogénica.

La DG es una de las enfermedades metabólicas más comunes durante el embarazo. El primer caso de DG se publicó en 1824. La madre estaba sedienta y con poliuria,

y el feto murió por impactación del hombro durante el parto, que se relacionó con macrosomía.

Con base en los datos proporcionados por FID y Rios-Martinez W, encontramos que el 16,8 % de los nacidos vivos en 2013 tuvieron algún tipo de hiperglucemia durante el embarazo, y se estima que el 16 % de estos casos se debió a diabetes durante el embarazo. embarazada.

El aumento de la prevalencia y las consecuencias materno-fetales asociadas con la DG requieren un control femenino estricto durante todo el embarazo.

2 Objetivos

Conocer el papel de la enfermería en el manejo de la diabetes gestacional.

3 Metodología

Se realiza una revisión bibliográfica sobre la DG en las sociedades científicas más relevantes en diabetes, a nivel nacional e internacional: Asociación Americana de Diabetes (ADA), Asociación Española de Diabetes (SED), Grupo Español de Diabetes y Embarazo (GEDE), Organización Mundial de Diabetes para Salud (OMS), Asociación Latinoamericana de Diabetes (ALAD), Federación Internacional de Diabetes (FID), Sociedad Española de Obstetricia y Ginecología (SEGO).

En el repositorio de revisiones sistemáticas de artículos de los últimos 10 años: Cochrane, Dialnet y PubMed, se introdujeron las palabras clave: diabetes, embarazo, diabetes gestacional, enfermería. Además, se revisaron las guías clínicas de Fisterra

Finalmente, se realizó una búsqueda complementaria de diabetes gestacional y educadores en diabetes en diferentes páginas web.

4 Resultados

¿CÓMO SE DIAGNOSTICA LA DIABETES GESTACIONAL?

Dado el alto riesgo de morbilidad y mortalidad del nacimiento o perinatal durante la descompensación diabética, la detección temprana de la diabetes es importante.

La evaluación diagnóstica de diabetes debe realizarse en la primera consulta para mujeres embarazadas con alto riesgo de diabetes, con pruebas repetidas para el diagnóstico a las 24 y 32 semanas de gestación.

Todas las mujeres, independientemente de su estado de riesgo, deben someterse a dicha evaluación al final del segundo trimestre, en la semana 26.

La prueba se puede repetir de nuevo si surgen nuevos hallazgos, como macrosomía tardía del embarazo o diabetes.

1. Prueba de O'Sullivan:

Según la FID, esta es la prueba de detección de diabetes recomendada por la Conferencia Internacional de Diabetes para todas las mujeres embarazadas, independientemente de la edad o la presencia de factores de riesgo.

Consiste en la extracción de sangre periférica de mujeres embarazadas para medir la glucemia basal. Luego se administra por vía oral una carga de glucosa de 50 gramos y se evalúa la glucosa en sangre mediante una segunda extracción una hora más tarde.

El límite superior es de 140 mg/100 ml. Por lo que es normal no llegar a esta concentración. Si el valor excede este valor, se requiere una curva de tolerancia a la glucosa oral de tres horas.

El cuidador que realiza la prueba debe asegurarse de que se ha ingerido la dosis prescrita de glucosa e informar del momento de la segunda extracción.

☒ El paciente no puede desayunar hasta que termine el examen.

☒ Pueden presentarse náuseas y vómitos (si esto ocurre, puede ser necesario repetir la prueba otro día).

2. Curva de tolerancia a la glucosa:

Después de extraer la muestra de sangre en ayunas, se mide la glucosa plasmática y, si no supera los 140 mg/100 ml, se administra una carga oral de glucosa de 100g oral. Posteriormente se realizarán extracciones para determinar la glucosa sérica al cabo de 1 hora, 2 horas y 3 horas después de la ingesta, por lo que se realizarán un total de 4 extracciones.

5 Discusión-Conclusión

En conclusión la enfermera tendrá una doble atención al control, ya que debe enfocarse en el embarazo y la diabetes, los principales puntos que los profesionales de enfermería deben desarrollar son: el control y la educación en salud.

El sedentarismo se asocia con riesgo de intolerancia a la glucosa. El aumento de peso y la obesidad promueven la diabetes tipo 2 en mujeres no embarazadas. Los malos hábitos alimentarios, la inactividad física y el aumento de la edad materna se asocian con una mayor prevalencia de DG. El consejo dietético es la principal estrategia para el tratamiento de la DG. Sin embargo, la investigación se ha limitado a determinar qué dieta es la más adecuada.

Enfermería juega un papel fundamental en el tratamiento. Además de la atención directa del embarazo.

La educación para lograr el autocontrol de la DG es parte del proceso de atención del control del embarazo.

Las mujeres embarazadas serán tratadas con comprensión y tranquilidad.

Actualmente, existen limitaciones para desarrollar intervenciones de enfermería en el manejo de la gestante con diabetes.

Sigue siendo necesaria la investigación y participación de profesionales en este campo.

6 Bibliografía

American Diabetes Association. Diabetes Care. Volume 38, Supplement 1. January, 2015. [Internet] Disponible en: www.diabetes.org/diabetescare

García García C. Diabetes Mellitus Gestacional. Revista Medigraphic Artemisa. Artículo de revisión. Med Int Mex 2008; 24 (2): 148 – 56.

Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia. Asistencia a la gestante diabética. Protocolo publicado/actualizado en 2004.

Campo MN, Posada G. Factores de riesgo para Diabetes Gestacional en población obstétrica. Rev CES Med 2008; 22 (1): 59 – 69.

Diabetes durante la gestación. Área de Gestión Sanitaria Norte de Almería. Hospital “La Inmaculada” y Distrito A. P. “Levante Alto Almanzora”. Servicio Andaluz de Salud. Aprobado en Diciembre, 2013.

Diferentes tipos de asesoramiento dietético para las pacientes con diabetes mellitus gestacional (Revisión Cochrane traducida). Cochrane Database of Systematic Reviews 2013 Issue 3. Art. No.: CD009275. DOI: 10.1002/14651858.CD009275. 23

Leno González D, Leno González J. L, Lozano Guerrero M^a. J. Importancia de un diagnóstico precoz y cuidados de enfermería en diabetes gestacional. Enfermería Global. Núm. 7. Noviembre, 2005.

Hadden D, McCance D. Hiperglucemia y resultados adversos del embarazo (HAPO) 2014: datos, frustraciones y necesidades futuras. DiabetesVoice. Vol. 59. Núm. 1. Marzo, 2014.

Ejercicio físico para embarazadas para la prevención de la diabetes mellitus gestacional. (Revision Cochrane traducida). Cochrane Database of Systematic Reviews 2012 Issue 7. Art. No.: CD009021. DOI:10.1002/14651858. CD009021

Capítulo 57

EXPOSICIÓN POR ENFERMERÍA DE CARACTERÍSTICAS Y CONJUNTO DE CAMBIOS EN LA ADOLESCENCIA

SILVIA FUERTES SANCHEZ

PAULA JIMÉNEZ BALLESTEROS

DIEGO HIGUERA GARCÍA

EVA PUÑAL ORTEGA

ROCÍO TROYANO SOLA

1 Introducción

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), la adolescencia abarca desde el período comprendido entre los 10 años a los 20 años, aunque esto es muy discutible, no tanto el comienzo como su finalización, pues en las sociedades occidentales muchas de las peculiaridades que se le aplican al adolescente, pueden perdurar incluso hasta los 29 o más años.

La adolescencia comienza el rango de los 11, 12 y 13 años, y de ahí a los 15-18, en los que se producen cambios muy significativos desde el punto de vista corporal, que mediatizan todo el desarrollo, en el que figuran el sistema hormonal, la figura corporal, el deseo... son además muy rápidos, casi de la noche a la mañana. Estos cambios afectan a la fisiología, la imagen corporal y la identidad, el pensamiento

y las ideas, la personalidad, las relaciones sociales con la familia, los iguales, el colegio, etc.

Se trata de una nueva forma de vivir y comportarse, especialmente en el campo sexual, que acompaña a las nuevas formas de conocer la realidad y de relacionarse con los demás.

CAMBIOS BIOFISIOLÓGICOS DE LA PUBERTAD.

La pubertad se caracteriza por una serie de cambios fisiológicos, profundos, rápidos, amplios y determinantes.

La hipófisis, bajo la influencia de las gonadotropinas hipotálamicas secreta FSH (u hormona folículo- estimulante) y la LH (u hormona luteinizante). Como consecuencia de esto, las gónadas, los testículos y los ovarios respectivamente, van a ser estimulados por estas hormonas provocando:

- Por una parte, la maduración de las respectivas células germinales.
- Y por otra, el aumento, muy considerable, de la secreción endocrina de las correspondientes hormonas sexuales gonadales.

Esta maduración acontecida en la pubertad es diferente según se trate de una fémina o de un varón.

2 Objetivos

Exponer los diferentes cambios biofisiológicos de la pubertad femenina y de la masculina.

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 continuación, procederemos a exponer los CAMBIOS BIOFISIOLÓGICOS DE LA PUBERTAD FEMENINA.

A través de las secreciones hormonales del ovario y otros órganos endocrinos que son los que proceden a madurar en esta etapa, estos serán los responsables

y obtienen las demás manifestaciones y desarrollos de los caracteres propios de la pubertad femenina:

- El aumento considerable de la talla corporal con la intervención y actuación de la hormona del crecimiento.
- La aparición de la primera menstruación o menarquia.
- El desarrollo de los órganos genitales.
 - Desarrollo del tejido mamario y de la areola.
 - Aparición de vello, primero realizara su aparición en el pubis para posteriormente hacerlo en las axilas.
- Comienzo de un olor característico corporal.

-

En relación de los CAMBIOS BIOFISIOLÓGICOS DE LA PUBERTAD MAS-
CULINA:

Se desencadenan por norma general entre los 11 y los 12 años y dará su finalización a los 18 años, aunque existe la diferencia entre individuos y que es muy grande, dependiendo del desarrollo, factores genéticos, entre muchos otros.

A través de las secreciones hormonales del testículo aparecen los desarrollos y las manifestaciones de los caracteres sexuales propios y específicos de la pubertad masculina:

- El considerable aumento de la talla.
- Hacia los 11 años los testículos aumentarán de tamaño, el escroto se pigmenta y adopta un cierto aspecto rugoso y el pene aumenta de grosor y longitud paralelamente a los testículos hasta su establecimiento en tamaño de adulto. A la par, se desarrollarán las vesículas seminales y la próstata, y comenzarán a segregar sus secreciones propias, de forma que a los 12 - 13 años son ya posibles las eyaculaciones, aunque el líquido seminal no contenga aún espermatozoides maduros.
- Aparecen las eyaculaciones espontáneas, acaeciendo de forma espontánea durante el sueño, pudiendo ir acompañadas de orgasmo.
- Aparición de vello pubiano.
- Olor característico corporal.
- Transformación del lenguaje.

5 Discusión-Conclusión

Como hemos podido observar se producen los períodos de cambios muy significativos, amplios y determinantes. Los cambios los cuales nos referiremos a el-

los como muy significativos por la importancia que tiene para el adolescente y porque afectan a contenidos que tiene mucha relevancia tanto personal como social, amplios ya que implican a numerosas dimensiones, se consideran cambios rápidos porque algunos de ellos hacen su aparición en semanas o meses y son determinantes porque van a conformar lo que la persona será el resto de su vida. Desde que nacemos hasta la adolescencia los cambios fisiológicos son más bien superficiales y lentos (sobre todo una vez superado el primer año de vida). La pubertad se caracteriza por una serie de cambios fisiológicos, profundos, rápidos, amplios y determinantes que el adolescente deberá sobrellevar y aceptar hasta su completa estabilización.

6 Bibliografía

1. Lillo Espinosa José Luis. Crecimiento y comportamiento en la adolescencia. Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq. [Internet]. 2004 Jun [citado 2022 Abr 05] ; (90): 57-71. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0211-57352004000200005&lng=es.
2. Krauskopof Dina. El desarrollo psicológico en la adolescencia: las transformaciones en una época de cambios. Adolesc. salud [Internet]. enero de 1999 [consultado el 5 de abril de 2022]; 1(2): 23-31. Disponible en: http://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1409-41851999000200004&lng=en.
3. <https://profamilia.org.co/aprende/cuerpo-sexualidad/adolescencia-y-pubertad/>
4. <https://www.pediatriaintegral.es/wp-content/uploads/2013/xvii02/01/88-93%20Desarrollo.pdf>
5. https://www.informajoven.org/info/salud/k_7_7.asp
6. https://www.quironsalud.es/kenko/es_PE/11-14-anos/cambios-fisicos-psicologicos

Capítulo 58

ENFERMERÍA EN LAS PAUTAS DE RECOMENDACIONES ANTICONCEPTIVAS

EVA PUÑAL ORTEGA

SILVIA FUERTES SANCHEZ

PAULA JIMÉNEZ BALLESTEROS

DIEGO HIGUERA GARCÍA

ROCÍO TROYANO SOLA

1 Introducción

Los métodos anticonceptivos surgen por la necesidad de la sociedad de desligar la actividad sexual de la procreación, y son el resultado del estudio y el conocimiento de la fisiología reproductiva.

La anticoncepción se refiere a todas aquellas técnicas utilizadas por el individuo o las parejas encaminadas a planificar sus embarazos, como una opción personal y libre.

Es por ello, que no existe un único método anticonceptivo ideal para todas las personas, sino que la elección del método debe surgir de una valoración personal e individualizada de las ventajas y desventajas de cada método, en relación a una determinada persona.

El consejo anticonceptivo es una herramienta mediante la cual el clínico ayuda a los usuarios a tomar sus propias decisiones sobre salud reproductiva y planificación familiar.

Por lo tanto, debe ser un diálogo entre el clínico y el usuario, encaminado a encontrar juntos el método que mejor se adapte a sus características físicas, a sus deseos y a su estilo de vida.

No debe ser una acción terapéutica, en la que quien decide qué tratamiento es mejor para ese determinado paciente es el clínico, sino que, en el consejo anticonceptivo, la función del clínico es exponer las características de cada método, las ventajas e inconvenientes de cada uno y ayudar a al usuario a decidir cuál es el que mejor encaja en su vida.

2 Objetivos

- Exponer en cuanto a las prioridades o necesidades que es lo que quiere o busca obtener una mujer de un método anticonceptivo
- Conocer los puntos clave en el consejo anticonceptivo

3 Metodología

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

4 Resultados

Es importante que el consejo anticonceptivo sea realizado por profesionales correctamente formados, para detectar posibles contraindicaciones en el uso de ciertos anticonceptivos, en estos casos, las alternativas a la hora de elegir el método por parte de la mujer se verán restringidas por criterio médico.

Un buen proceso de consejo en planificación familiar debe buscar los siguientes objetivos:

- Establecimiento de una relación de confianza y responsabilidad con el usuario.

- Conocer de forma precisa los deseos reproductivos que la paciente tiene y sus condiciones particulares.
- Facilitar la el que pueda tomar decisiones por parte del usuario.

Un buen consejo anticonceptivo, va a favorecer a una planificación familiar mucho más duradera y con mayor éxito.

QUÉ ES LO QUE QUIERE UNA MUJER OBTENER DE UN MÉTODO ANTICONCEPTIVO

De forma general lo que la mujer española pide a un método anticonceptivo es que sea eficaz, seguro, que no tenga efectos secundarios mayores, que sea de uso sencilla, reversible y sobre todo adaptado a su ritmo de vida.

Conociendo esto, para realizar el consejo anticonceptivo es conveniente valorar cada método de forma objetiva. En cada caso se individualizará la importancia de cada uno de los aspectos anteriormente señalados y se añadirán o restarán aspectos en función de las necesidades individuales de la mujer.

PUNTOS CLAVE EN EL CONSEJO ANTICONCEPTIVO

1. Procurar un ambiente cercano, cómodo en la consulta. Favoreciendo la confianza para hablar abiertamente, asegurando la confidencialidad de todo lo que se hable en la consulta.
2. Alentar a la mujer o pareja a expresar sus necesidades, dejando que sean estas necesidades las guíen y que orienten la conversación. Es significativo que el enfermero/a escuche, comprenda y además responda a las necesidades y preocupaciones del usuario.
3. Proporcionar la información específica y precisa, con un lenguaje claro y comprensible, adaptado al nivel cultural de la persona a la que estamos atendiendo. Escuchando las necesidades que expresan los usuarios sabremos qué información están demandado, de igual manera, la etapa de la vida en la cual se encuentra la persona puede orientarnos a la hora de ofrecer información que pueda resultarles más interesante. De esta forma, si el usuario es un adolescente o persona sin pareja estable, puede necesitar más información sobre los métodos que prevengan de las enfermedades de transmisión sexual. Por otro lado, si nuestra usuaria es una mujer que ha completado su familia y no desea más embarazos, nuestra información puede dirigirse hacia métodos de larga duración o definitivos.
4. Exponer objetivamente las características de cada método, explicando igualmente los posibles efectos secundarios que puedan aparecer. Es importante evitar un exceso de información, ya que esto hará más difícil recordar los puntos realmente importantes.
5. Verificar la correcta comprensión de la usuaria sobre lo explicado.
6. Si en una única consulta no se llega a una decisión, proporcionar información

por escrito y dar nueva cita más adelante, proporcionando tiempo para valorar cada método con calma y sin presión.

5 Discusión-Conclusión

El consejo anticonceptivo se trata de una actividad compleja, ya que requiere un gran conocimiento técnico en este ámbito de todos y cada uno de los métodos anticonceptivos y una gran habilidad de escucha y diálogo, para conseguir encontrar el método que mejor encaje con las necesidades de la mujer o pareja a la que atendemos. Ambos aspectos son importantes, ya que, aunque como profesionales creamos que un método es ideal para una cierta pareja, si este método no es aceptado por ellos, el consejo anticonceptivo que hemos realizado ha sido inútil.

El clínico siempre debe respetar la decisión final adoptada por el usuario, incluso si esta decisión es el no uso de un método anticonceptivo, siempre que se trate de una “Elección Informada”. Como Elección Informada, se entiende aquella que se toma libremente tras una reflexión personal, basada en información útil y precisa.

6 Bibliografía

1. <https://www.elsevier.es/es-revista-progresos-obstetricia-ginecologia-151-articulo-nuevas-recomendaciones-el-consejo-anticonceptivo-S0304501314001939>
2. http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1699-695X2010000300009
3. http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-91112016000100008
4. <https://www.redaccionmedica.com/secciones/medicina-familiar-y-comunitaria/primaria-debe-evitar-exploraciones-innecesarias-para-la-anticoncepcion-4902>
5. Soriano Fernández Humberto, Rodenas García Lourdes, Moreno Escribano Dolores. Criterios de Elegibilidad de Métodos Anticonceptivos: Nuevas Recomendaciones. Rev Clin Med Fam [Internet]. 2010 Oct [citado 2022 Abr 01] ; 3(3): 206-216. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1699-695X2010000300009&lng=es.

Capítulo 59

DIAGNÓSTICO, COMPLICACIONES Y TRATAMIENTO EN LAS CRISIS HIPERTENSIVAS POR ENFERMERÍA

ROCÍO TROYANO SOLA

SILVIA FUERTES SANCHEZ

PAULA JIMÉNEZ BALLESTEROS

DIEGO HIGUERA GARCÍA

EVA PUÑAL ORTEGA

1 Introducción

La crisis hipertensiva se describe como el aumento de la presión arterial, llegando a un nivel el que puede ser muy crítico, ya que producen disfunciones que afectan a la estructura y función de los órganos diana. Las crisis hipertensivas se declara cuando sus valores se posicionan sobrepasando de los 180 mmHg en el supuesto de la tensión arterial sistólica, y en el supuesto de la tensión arterial diastólica, si esta se posiciona en valores que sobrepasen los 110 mmHg (1) .

Al suceder, las crisis hipertensivas se evidencia una excesiva cantidad de diferentes síntomas, como son la nicturia, cefaleas, fotosensibilidad, náuseas, vómitos y otras alteraciones visuales, esto puede llevar a complicaciones crónicas (1) .

Las adversidades de la crisis hipertensiva puede dar a la afección de los órganos diana, incurriendo en complicaciones como la insuficiencia renal, neuropatía, ar-

teriotopía periférica, o retinopatía (2) . Otras complicaciones de la hipertensión pueden conllevar al suceso de problemas cardiovasculares o neurológicos (1) . Un paciente afectado con hipertensión manifiesta diez veces más riesgo de sufrir un infarto de miocardio que una persona con la tensión arterial normalizada, lo cual puede llevarle a la muerte de una forma prematura (1) .

Otros problemas que acompañan a la hipertensión arterial implicarán hemorragias, lesiones de las células nerviosas o una afectación cerebral por trombos (1) .

2 Objetivos

Conocer el diagnóstico, complicaciones y tratamiento de la crisis hipertensiva.

3 Metodología

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

4 Resultados

En las crisis hipertensivas, el adecuado diagnóstico, consistirá en efectuar un control de los pacientes por parte del equipo de enfermería de atención primaria, de forma que se pueda tener una historia clínica lo más concisa y completa que sea posible, de esta manera será posible proceder a la identificación de los factores de riesgo cardiovasculares que van en asociación a la hipertensión, posibles complejidades de órganos diana, además de un punto muy importante que es la toma de antihipertensivos (3) .

Durante el examen físico del paciente, es necesario descartar las lesiones de órganos diana, lo cual lo transformaría en una emergencia hipertensiva, es por esto que, habrá que practicar, al menos, dos mediciones de la tensión arterial en los brazos y en las piernas.

También será muy importante tener en consideración la historia familiar, además de otras pruebas complementarias y diagnósticas como son el análisis de orina, electrocardiograma o los niveles de glucemia (1) , y en los sucesos en los que se defina como emergencia hipertensiva, se aumentara el estudio mediante la analítica de sangre (niveles de potasio, hematocrito, calcio sérico y creatinina), colesterol y perfil lipídico entre otros aspectos de la analítica, así como una gasometría arterial, o el fondo de ojo así, como radiografía postero anterior y lateral y si fuera necesario una tomografía axial computarizada (TAC) craneal si existe la sospecha de ictus, ecocardiograma en suceso de disfunción cardíaca o TAC toraco-abdominal si se cree de la existencia de disección aórtica (3).

Las diferentes formas de tratamiento para la crisis hipertensiva dependerán de las manifestaciones clínicas y, por lo tanto, del efecto que se quiere conseguir para la reversión de estas crisis de forma más específica (3):

- Eclampsia: Labetalol

- Síndrome aórtico agudo: Labetalol + Nitroprusiato, nivelándolos según la respuesta del enfermo. Es importante tener especial cuidado ya que se puede producir cierta toxicidad por tiocianatos a partir de las 48 horas de inicio del tratamiento. Será preciso además administrar la vitamina B 12 para bajar la tensión arterial sistólica en menos de 100 mmHg.

- Cardiopatía isquémica/Insuficiencia cardíaca/ Enfermedad arterial periférica: Nitroglicerina.

- Encefalopatía hipertensiva: Labetalol administrados en bolos lentos según respuesta del enfermo, si mediante los bolos no se regula habrá que pasar a iniciarlo en perfusión. Estará contraindicado en insuficiencia cardíaca, o en trastornos de la conducción, asma y bradicardias.

- Ictus isquémico: Labetalol.

- Exceso de catecolaminas: fentolamina en bolos o Nitroprusiato de sodio en perfusión.

Los fármacos que serán utilizados ante una crisis hipertensiva van a estar sujetos a la patología subyacente que lo produzca, aunque se puede afianzar un grupo de fármacos a través de la selección de los más utilizados en las urgencias hipertensivas, en este suceso los más utilizados son el captopril (25 a 50 mg), la furosemida (20 a 40 mg), la torasemida (5 a 10 mg), el labetalol (100 a 200 mg), el atenolol (50 a 100 mg) y el nifedipino (10 mg), variando en su presentación retard con

dosis a 20 mg) (3) .

Ante las emergencias hipertensivas, se termina concluyendo que los fármacos más utilizados diferirán de los anteriores, siendo el nitroprusiato sódico, la nitroglicerina, la hidralacina, el enalaprilato o el urapidil los más utilizados, los cuales han de ser administrados incrementando las precauciones puesto que pueden presentar muchas complicaciones y tienen indicaciones muy específicas (2).

5 Discusión-Conclusión

En nuestra opinión además de optimizar la evaluación clínica de los hipertensos que asisten en Servicios de Urgencia para la realización de un tratamiento basado en un argumento global se hace obligado realizar esfuerzos para prevenir la gran mayoría de las crisis hipertensivas.

Tanto los equipos médicos como de enfermería, así como los encargados de la organización de las distintas instancias para la administración de la hipertensión arterial, debemos involucrarnos en un arduo trabajo para crear las idóneas y adecuadas condiciones de control. Los Servicios de Urgencia demandan condiciones de espacio y de tiempo para efectuar una prolija evaluación clínica y de laboratorio de los pacientes afectados que se presentan con crisis hipertensivas.

Otra cuestión que creemos que se debe resaltar es la educación a la población y los programas en atención primaria deben acrecentar la población de hipertensos detectados, tratados y los normotensos para reducir la gran sobrecarga de pacientes no diagnosticados o con control tensional desorganizado e inadecuado, que acuden a los Servicios de Urgencia para el manejo de cifras tensionales elevadas o de sus complicaciones.

6 Bibliografía

1. https://amf-semfyc.com/web/article_ver.php?id=1235
2. <https://www.mayoclinic.org/es-es/diseases-conditions/high-blood-pressure/expert-answers/hypertensive-crisis/faq-20058491>
3. Abdel Karim Ruiz, M. Intervenciones de enfermería en trastornos vasculares. 2ª edición. Alcalá la Real (Jaén): Formación Alcalá; 2019.
4. Martín Rioboó, E, García Criado E. Actualización de las crisis hipertensivas. Oviedo. Sociedad Asturiana de Medicina Familiar y Comunitaria (SAMFyC); 2018.

5. Jiménez M, Gavira JJ. Crisis hipertensiva- Guías de actuación en urgencias. Navarra. Clínica Universidad de Navarra; 2018.
6. Valdés S Gloria, Roessler B Emilio. Recomendaciones para el manejo de las crisis hipertensivas: Documento de Consenso de la Sociedad Chilena de Hipertensión Arterial. Rev. méd. Chile [Internet]. 2002 marzo [citado 2022 Abr 01] ; 130(3): 322-331. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872002000300013&lng=es.
<http://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872002000300013>.

Capítulo 60

EL PAPEL DE LOS ENFERMEROS EN LA HIPOTERMIA TERAPEUTICA NEONATAL

MONICA CORTES ORMEÑO

REBECA SALINAS GONZÁLEZ

ROSA CRUZ MORALES

SHEILA MARÍA PERÉZ CAPOTE

SILVIA GARCIA MORALES

1 Introducción

La encefalopatía hipóxico-isquémica (EHI) se define como un trastorno de disfunción neurológica aguda ocasionada por la privación de oxígeno durante el parto. La EHI está relacionada con un aumento de la morbilidad perinatal y de la aparición de secuelas neurológicas, además se estima que es responsable de hasta un 20% de los casos de parálisis cerebral en la niñez. Hasta hace poco tiempo no se disponía de ningún tratamiento específico para los neonatos con encefalopatía hipóxico-isquémica salvo cuidados de soporte, atención a las complicaciones asociadas y control de las convulsiones. En la actualidad se ha comprobado que el descenso de la temperatura corporal 3 o 4°C asociado al uso de neuroprotectores puede disminuir la morbilidad de estos pacientes, así como, el riesgo de discapacidad.

La hipotermia inducida o terapéutica consiste en disminuir la temperatura corporal en 3-4°C (hipotermia moderada) mediante un enfriamiento corporal total o de la cabeza. Se debe iniciar antes de las 6 horas de vida y mantenerlo durante 72 horas.

Se trata de una intervención eficaz para reducir la mortalidad y la discapacidad en los niños que sufren un proceso hipóxico-isquémico perinatal. El inicio precoz de la hipotermia terapéutica se relaciona con un mayor beneficio para los niños/as que presentan al nacer una EHI.

2 Objetivos

Conocer las formas o patrón de uso de la hipotermia terapéutica o inducida para evitar la mortalidad de los neonatos.

Explicar cómo se lleva a cabo este procedimiento en los pacientes (neonatos) y los cuidados de enfermería a los pacientes con hipotermia terapéutica.

Conocer los criterios de exclusión de esta técnica.

Explicar también la atención del recién nacido con criterios de EHI por parte de los enfermeros y las medidas iniciales de enfriamiento.

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

El retraso en el inicio de la respiración, la aparición de apnea tras la reanimación, la presencia de hipotonía y/o hipoactividad, las convulsiones y la falta de respuesta ante estímulos nociceptores son signos precoces de encefalopatía significativa. Según la escala de gravedad de Sarnat la EHI puede clasificarse en leve, moderada o severa.

Los criterios o patrón para el uso de la hipotermia inducida son los siguientes:

-Datos perinatales de hipoxia/isquemia periparto: estado fetal, evento hipóxico, distocia de parto.

-Afectación perinatal: pH de cordón menor o igual a 7, apgar de 5 o menos a los 5 minutos, necesidad de reanimación con PPI más de 10 minutos.

Si se dan alguno de los criterios anteriores se debe realizar una valoración neurológica. Los criterios de exclusión para el uso de la hipotermia inducida son los siguientes:

- Recién nacido que se prevé cirugía durante los 3 primeros días de vida.
- Neonato que presente anomalías indicativas de mal pronóstico a largo plazo. (malformaciones congénitas mayores o cromosomopatías).
- Recién nacido con una edad gestacional menor a 36.
- Neonato con más de 6 horas de vida.
- Recién nacido crítico o moribundo en el cual el beneficio de hipotermia inducida sería improbable.

Atención del recién nacido con criterios de EHI en el paritorio y primeros momentos:

En primer lugar, se debe apagar la fuente de calor de la cuna de reanimación, es importante evitar la hiperoxia (usar FiO₂ entre el 21 y 30% e ir aumentando según necesidades). Evitar las expansiones bruscas de volumen (si fuera necesario utilizar suero salino fisiológico) y los bolos de calcio. Administrar bicarbonato solo en reanimaciones avanzadas refractarias y tras haber establecido una ventilación adecuada. Al final de la reanimación monitorizar la saturación de O₂ (si es posible durante toda la reanimación) y registrar la temperatura rectal o en su defecto axilar.

Las medidas iniciales durante el enfriamiento serán las siguientes:

- Colocar en cuna térmica o incubadora sin capota.
- Monitorizar la temperatura central (esofágica: 1/3 inferior de esófago, o rectal: introducir sonda 5 cm del ano) y axilar.
- Monitorización encefalográfica.
- Canalización de vía venosa central.
- Preparación del equipo y dispositivo que se usará para el enfriamiento y conexión del neonato al mismo.
- La temperatura diana ($33,5 \pm 0,5^{\circ}\text{C}$) se conseguirá en 30-40 minutos y se mantendrá 72 horas.
- Registrar temperatura cada 15 minutos y cada hora durante el mantenimiento.
- Registrar tensión arterial cada 30 minutos inicialmente y cada hora durante el mantenimiento.
- Solicitar ecografía craneal y Electroencefalograma.
- El descenso de la temperatura se realiza más lento en neonatos con necesidades de Oxígeno mayores al 50%.

Se debe reducir el enfriamiento a 34,5-35,5°C si las necesidades de Oxígeno aumentan más del 30%, si hay coagulopatía o trombopenia grave con sangrado activo que sólo responde parcialmente al tratamiento, si la frecuencia cardíaca es menor a 80 latidos por minuto.

Y, por último, si el daño cerebral es muy severo se retirará la hipotermia inducida por limitación del esfuerzo terapéutico.

Durante el manejo del paciente en el mantenimiento se debe de tener en cuenta lo siguiente:

- Mantener normocapnia y normooxia: PCO₂ no menor a 40-45mmHg y la saturación de oxígeno de 90-94%
- El calentamiento y la humidificación del aire del respirador no se modificará.
- Baja el gasto cardíaco y la Frecuencia cardíaca.
- Vigilar la aparición de arritmias y especialmente la bradicardia sinusal. -Evitar la hiperperfusión y vigilar la hipertensión arterial, pueden favorecer el edema cerebral. Valorar asociación de inotrópicos.
- Vigilar glucemia cada 3/4 horas.
- Aportes hídricos restringidos a 40-50cc/Kg/día.
- No usar bolos de bicarbonato excepto en acidosis graves.
- Mayor riesgo de trombosis y hemorragia.
- Disminución del recuento plaquetario.
- Mantenimiento de la sedoanalgesia.
- El recién nacido se mantendrá en dieta absoluta, valorándose el inicio de nutrición parenteral.

Tras 72 horas de hipotermia inducida se iniciará el recalentamiento, el objetivo es alcanzar una temperatura central de 36,5-37°C en 12 horas (0,2°-0,3°C por hora). Durante esta fase se debe de controlar la temperatura cada 15 minutos. Es importante vigilar la aparición de convulsiones, apneas e hiperpotasemia. Si deterioro clínico, hipotensión o convulsiones volver a enfriar al paciente hasta una temperatura central de 33,5±0,5°C durante 24 horas más.

Durante la fase de Post-hipotermia se debe vigilar la Temperatura central durante 24 horas más para evitar la hipertermia.

5 Discusión-Conclusión

En nuestra opinión como personal enfermero, cuando se produce la encefalopatía hipóxico-isquémica el aplicar la hipotermia inducida o terapéutica enfriando la cabeza del neonato en las 6 primeras horas de vida durante 72 horas reduce la mortalidad de estos.

Los enfermeros tenemos que conocer los criterios y el patrón de uso de la hipotermia inducida y tal como hemos explicado en el anterior apartado de (resultados) del presente capítulo tenemos que tener presente cuando utilizar esta técnica, conocer como se utiliza y saber cuando se debe de excluir esta, además de la atención del recién nacido con criterios de EHI en el paritorio y primeros momentos por nuestra parte.

6 Bibliografía

1. Blanco D, et al. Neuroprotección con hipotermia en el recién nacido con encefalopatía hipóxico-isquémica. Guía de estándares para su aplicación clínica. An Pediatr (Barc) 2011; 75: 341 (e1-20).
2. Zanelli S, Buck M, Fairchild K. Physiologic and pharmacologic considerations for hypothermia therapy in neonates. J Perinatol. 2011;31(6):377-86.
3. García-Alix A, Biarge MM, Arnaez J, Valverde E, Quero J. Asfixia intraparto y encefalopatía hipóxico-isquémica. :11.
4. Shah PS. Hypothermia: a systematic review and metaanalysis of clinical trial. Semin Fetal Neonatal Med. 2010;15: 238-46.

Capítulo 61

PROCEDIMIENTO DE HEMOCULTIVO POR EL PERSONA DE ENFERMERÍA

MONICA CORTES ORMEÑO

ROSA CRUZ MORALES

REBECA SALINAS GONZÁLEZ

SHEILA MARÍA PERÉZ CAPOTE

SILVIA GARCIA MORALES

1 Introducción

El Hemocultivo es un procedimiento que se utiliza para descubrir microorganismos presentes en sangre como pueden ser bacterias u otro tipo de microorganismo que se realiza para detectar la presencia de microorganismos, fundamentalmente bacterias y hongos, en una muestra de sangre. Es complicado detallar todas las situaciones en las que sería necesario realizar un cultivo de sangre, pero de manera general, se realizará antes de la administración del tratamiento antimicrobiano sistémico, siempre que exista sospecha clínica de sepsis, meningitis, osteomielitis, pielonefritis, infección intraabdominal, artritis, infecciones graves de la piel y tejidos blandos, neumonía, endocarditis y fiebre de origen desconocido (FOD) (absceso oculto, fiebre tifoidea, brucelosis, etc.).

Las manifestaciones clínicas de estas infecciones pueden ser muy variadas, pero principalmente es la fiebre, aunque hay muchas otras como escalofríos, shock, deterioro multiorgánico de etiología no aclarada, leucocitosis, etc. Debido a que

el signo principal que podría indicar la presencia de una infección por un microorganismo concreto, es la fiebre, el momento de extracción del hemocultivo será antes o durante el pico febril, pero debido a que este momento se desconoce cuando ocurrirá, se realizará el hemocultivo normalmente tras aparecer la fiebre. La clave esta en la recogida de una gran cantidad de muestra para así obtener unos resultados perfectos y válidos.

2 Objetivos

Explicar y describir detalladamente el procedimiento de toma de muestra del hemocultivo, que material es necesario para realizarlo.

Explicar cómo se realiza paso a paso este procedimiento por el personal enfermero, detallando uno a uno todos los pasos para llevarlo a cabo.

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

Para realizar esta toma de muestra se requiere la ayuda del personal técnico titulado en cuidados auxiliares de enfermería, el cual colaborará para realizar una toma de muestra correcta.

El material necesario para un hemocultivo es el siguiente:

- Frascos de hemocultivo (anaerobio y aerobio)
- Jeringa y aguja intravenosa
- Guantes estériles/no estériles.
- Compresor.
- Gasas estériles.
- Alcohol 70 grados.
- Clorhexidina acuosa 2%.
- Paño estéril.
- Gorro y mascarilla.

Una vez preparado el material, se seguirá el siguiente procedimiento para la toma de muestra de la sangre:

1. Cada muestra debe extraerse de lugares de venopunción diferentes, sin realizar intervalo entre las extracciones.
2. Colocar el gorro y la mascarilla.
3. Proceder a realizar el lavado de manos
4. Colocar los guantes no estériles.
5. Se palpa la zona de la extracción
6. Limpieza de la piel siguiendo este orden:
 - 1°. Agua y jabón.
 - 2°. Alcohol 70° 30 segundos en círculos de 2-4 centímetros.
 - 3°. Clorhexidina acuosa 2%.
7. Dejar secar.
8. Limpieza de los tapones con clorhexidina acuosa 2%.
9. Colocación de guantes estériles.
10. Crear el campo estéril.
11. Extraer la muestra de manera aséptica
12. Introducir rápidamente para evitar la coagulación de la sangre en la jeringa en posición vertical.
13. No poner ningún material no estéril sobre la aguja en el momento de sacarla de la vena.
14. Introducir la sangre en los frascos en este orden 1°: anaerobio, 2° aerobio.
15. Invertir varias veces los frascos para que se mezcle la sangre con el medio de cultivo.
16. No se cambiará de aguja cuando se introduzca la sangre en los frascos de hemocultivos ya que el cambio de agujas no disminuirá la tasa de contaminación y si aumentará el riesgo de pinchazo.
17. Inmediatamente, se identificarán con los datos del paciente poniendo el número de toma en cada frasco y se procederá a su envío al laboratorio.

5 Discusión-Conclusión

Es necesario formar correctamente a los graduados universitarios en enfermería para que realicen la técnica correctamente. Cómo se ha podido ver es un proceso complejo y si no se está correctamente formado puede llevar a confusiones en la extracción. Por ello, esta revisión ha ayudado a plasmar cual es el protocolo a seguir para realizar un cultivo de sangre a un paciente. Como se ha reflejado,

es importante conocer cual, es el procedimiento a seguir, el cual se realizará con la ayuda de los técnicos en cuidados auxiliares de enfermería y en total asepsia para asegurar el correcto resultado de la misma.

6 Bibliografía

1. ¿CUÁNDO DEBE HACERSE UN HEMOCULTIVO? - Dres. Bryan Coburn, MD, Andrew M. Morris, George Tomlinson, Allan S. Detsky (2012) <https://www.intramed.net/contenidoover.asp?contenido=77027>.
2. PROCEDIMIENTOS EN MICROBIOLOGÍA CLÍNICA - Elena Loza Fernández de Bobadilla, Ana) <https://www.seimc.org/contenidos/documentoscientificos/procedimientosmicrobiologia/seimc-procedimientomicrobiologia3a.pdf>.

Capítulo 62

PROCEDIMIENTO DEL PERSONAL ENFERMERO EN LA APLICACIÓN DE CREMA ANESTESICA TÓPICA

MONICA CORTES ORMEÑO

ROSA CRUZ MORALES

REBECA SALINAS GONZÁLEZ

SHEILA MARÍA PERÉZ CAPOTE

SILVIA GARCIA MORALES

1 Introducción

Según la Asociación Internacional para el Estudio de Dolor (IASP son sus siglas en inglés) se define dolor como una experiencia sensorial y emocional desagradable asociada con una lesión presente o potencial o descrita en términos de la misma. Como personal de enfermería una de las funciones principales es aliviar ese dolor para fomentar el confort del paciente y por eso es muy importante la prevención y la anticipación al dolor en procedimientos que prevemos que serán dolorosos para el paciente como por ejemplo ante punciones, cura de heridas o cirugías menores, forman parte de nuestro trabajo diario. En este caso hablaremos de la crema anestésica tópica que se usa para disminuir la sensibilidad normal de la piel, es segura y es empleada como anestésico local por su eficacia.

Sus funciones principales son evitar el dolor aplicando la crema anestésica en procedimientos dolorosos. Además, podríamos decir que, al aplicar este anestésico local, fomentamos a reducir la ansiedad que puede producir en el paciente la realización de la técnica que, este conscientemente sabe que va a provocarle dolor. También debemos tener en cuenta que para la aplicación de la crema anestésica es necesario que la piel del paciente se encuentre intacta.

2 Objetivos

Conocer y explicar como personal sanitario graduado universitario en enfermería las zonas donde se deberá aplicar (según la localización de la intervención quirúrgica) la crema anestésica tópica y el protocolo que realizará este personal para aplicarla dicha crema anestésica tópica.

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 zona de aplicación de la crema anestésica la determinará la enfermera y se realizará mediante el siguiente protocolo:

1. Realizaremos el lavado de manos.
2. Colocación de guantes no estériles.
3. Se informará al paciente del procedimiento que vamos a realizar
4. Buscaremos la zona de punción o incisión y seleccionaremos la zona de aplicación de la crema.
5. Aplicaremos una capa gruesa de crema, aproximadamente 1gr/10cm², con un grosor de 2 mm:

-En caso de punciones venosas o arteriales, se buscarán dos o tres accesos y los cubriremos con la crema

-Para la eliminación del tejido muerto en úlceras, se cubrirá toda la superficie y se desechará la crema restante

-Para las punciones lumbares, acomodaremos a nuestro paciente en decúbito lateral y le aplicamos la crema anestésica a nivel lumbar. La superficie a cubrir no debe exceder nunca la del apósito oclusivo que será colocado posteriormente.

6. Tomaremos uno de los apósitos oclusivos y retirando la pieza central recortada dejando sólo el marco de papel.

7. Cubriremos la crema anestésica con el apósito o vendaje compresivo de manera que se forme una capa gruesa de crema debajo. Evitaremos que ésta se extienda presionando cuidadosamente los extremos y evitando la posible pérdida de crema.

8. El tiempo de aplicación recomendado es de 60 minutos. La crema resulta eficaz a partir de 45 y 60 minutos de oclusión, consiguiendo una eficacia máxima entre 90 y 120 minutos. Siempre debemos tener en cuenta que la oclusión no debe ser superior a cuatro horas. El efecto analgésico se mantiene o incluso puede incrementar después de 30-60 minutos aún después de retirar la crema, permaneciendo su efecto hasta 4 horas.

9. Antes de realizar el procedimiento por el cual ha sido indicada la aplicación de este anestésico local, debemos retirar la crema y limpiar la zona.

5 Discusión-Conclusión

En resumen, hemos aprendido en este capítulo como personal sanitario graduado universitario en enfermería y hemos visto en los anteriores apartados del presente capítulo (resultados e introducción) cual es el protocolo a seguir en la aplicación de crema anestésica tópica, cuál, es la definición de dolor según la IASP y además sabemos que como personal de enfermería una de nuestras principales funciones es aliviar el dolor en los pacientes para fomentar su bienestar y confort, hemos conocido cuales son los casos en los que se aplica la crema anestésica tópica como anestésico local, eligiendo la zona de aplicación de la misma y además teniendo en cuenta que la piel debe estar intacta y además, hemos especificado cual es el protocolo que debemos seguir en la aplicación de la crema anestésica.

6 Bibliografía

1. CURSO BÁSICO SOBRE EL DOLOR. TEMA 1. FISIOPATOLOGÍA, CLASIFICACIÓN Y TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO - Juan del Arco (enero de 2015) <https://www.elsevier.es/es-revista-farmacia-profesional-3-articulo-cursobasico-sobre-dolor-tema-X0213932415727485>.
2. ENSAYO CLÍNICO SOBRE LA EFECTIVIDAD DE LA APLICACIÓN DE CREMA DE LIDOCAÍNA Y PRILOCAÍNA, PREVIO A LA PUNCIÓN LUMBAR FRENTE A PLACEBO PARA REDUCIR EL DOLOR EN ADULTOS - Unidad de Hospitalización de Neurología, Hospital Santa Lucía, Cartagena, Murcia, España (enero-junio 2017) <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-cientifica-sociedad-espanola-enfermeria-319-articulo-ensayo-clinico-sobre-efectividad-aplicacion-S2013524617300065>.

Capítulo 63

ALIMENTACIÓN MEDIANTE BABY LED WEANING. CREENCIAS, VENTAJAS E INCONVENIENTES

ALEJANDRA GARCIA DELGADO

MARÍA FRANCISCA CASTAÑO PILO

1 Introducción

En este capítulo se va a tratar el concepto de la introducción de la alimentación complementaria en el lactante y de los diferentes métodos para llevarla a cabo. Entre estos métodos se encuentran la forma más tradicional, mediante papilla hecha con alimentos triturados, o más novedosos, como son el Baby Led Weaning (BLW), y, por último, la combinación de ambas, haciendo especial hincapié en el BLW.

Así nos referimos al comienzo de la introducción de la alimentación complementaria (AC) en los lactantes en torno a los 6 meses, ya que según las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud (OMS) el lactante debe estar con lactancia materna exclusiva hasta esa edad, aunque ese tiempo presenta ciertas variantes, en función de si estuvo siendo alimentado por lactancia materna o lactancia artificial. En cualquier caso, se considera que la introducción de los alimentos ricos en Hierro, no se debe retrasar más allá de los 6 meses, para evitar la anemia del lactante.

Tradicionalmente, la introducción de dicha alimentación complementaria, se hizo mediante la administración de purés al niño o niña, surgiendo, paulatinamente,

nuevas teorías para alimentarlos, mostrando otras tendencias más actuales.

La alimentación en la modalidad BLW, también conocida como alimentación complementaria dirigida por el bebé, es una teoría para la introducción de la alimentación complementaria a los lactantes de muy reciente aparición, hace apenas unos 15 años. Su origen se localiza en el Reino Unido y Nueva Zelanda, extendiéndose, progresivamente, a lo largo de Europa.

En el Baby Led Weaning el lactante decide qué quiere comer, cuánto y cómo, ya que se le ofrecen los diferentes alimentos troceados, pero enteros, de forma que el bebé va seleccionándolos. El inicio de la técnica es mediante “finger foods”, que simplemente explica que el bebé va agarrando él solo los alimentos, con sus propias manos, observándolos. Estos alimentos serán de la textura y tamaño que puedan adaptarse a su edad de desarrollo psicomotor y neurológico, para evitar los atragantamientos, independientemente de que se introduzcan con BLW o no, para ir aumentando la variedad y forma progresivamente.

A la hora de hablar de los beneficios que esta manera de alimentación supone debemos enumerar varios, como son el hecho de que es más económico, ya que come lo mismo que el resto de la familia sin necesidad de realizar ningún gasto extra, además de que se hace partícipe al bebé de la comida en el núcleo familiar. Además, fomenta la autonomía del lactante, disminuye el riesgo de obesidad y estimula la masticación.

Sin embargo, también es imprescindible hacer referencia a las desventajas que posee, entre las cuales podemos encontrar el riesgo de atragantamiento y el de desnutrición, lo cual podría llegar a generar un posible retraso del crecimiento.

Otro dato a tener en cuenta en este tipo de alimentación, es que no es adecuado para todos los lactantes, debido a que no todos tienen el mismo nivel de desarrollo psicomotor ya que, al menos, han de ser capaces de sentarse correctamente y tener la capacidad de agarrar los objetos.

2 Objetivos

- Conocer la alimentación Baby Led Weaning, al igual que sus ventajas e inconvenientes.

3 Metodología

Para la correcta realización del actual capítulo "Alimentación mediante Baby Led Weaning. Creencias, ventajas e inconvenientes", se llevó a cabo una revisión bibliográfica precisa y adecuada en los buscadores Fistera, SCielo y PubMed, con los términos "Baby Led Weaning", "lactante" y "alimentación complementaria".

4 Resultados

La alimentación mediante el método Baby Led Weaning es una técnica muy actual de introducción de la alimentación, que va tomando fuerza y consistencia en algunas sociedades, con mayor o menor aceptación en función de la cultura y las creencias de los cuidadores.

Consiste en cambiar el concepto de introducción de la alimentación complementaria, sustituyendo los tradicionales purés, constituidos por alimentos triturados, por trozos enteros de alimentos, adaptados a la madurez del niño y la niña, los cuales el mismo bebé va seleccionando, agarrando con sus propias manos y metiéndose en la boca.

Para llevarlo a cabo de manera efectiva y sin riesgos, se recomienda que el lactante pueda permanecer correctamente sentado, e igualmente se aconseja prolongar la lactancia materna exclusiva hasta, al menos, los 6 meses de edad.

Esta metodología aporta una serie de ventajas, entre las que destacan, el hecho de hacer partícipe al lactante del momento de la comida en familia, ya que, el niño o la niña, sentado, come a la vez que el resto del grupo familiar, favoreciendo, asimismo, la interacción y la autonomía.

Entre otras ventajas podemos mencionar que, si se siguiera la técnica tal y como se propone, se prolongaría la lactancia materna, y se continuaría con una dieta equilibrada, con los nutrientes adecuados, ya que, siempre y cuando la familia tuviera una dieta correcta, el lactante también la tendrá, habiendo menos riesgo de sobrealimentarlo. Por otra parte, se ayuda a que el bebé se desarrolle más rápidamente a nivel psicomotor, ya que se estimula la masticación.

Por supuesto, como todas las metodologías, también hay unas desventajas que se deben tener en cuenta, siendo la principal el riesgo de atragantamiento que supone, de ahí que el tamaño de los trozos a ofrecer al bebé, así como las diferentes texturas, han de ir adaptándose en función de la evolución que presente, no dejándolo solo en ningún momento.

Otro riesgo a nombrar, aunque más infrecuente, es el de desnutrición, si el lactante no consume las cantidades de nutrientes adecuadas, motivo por el cual el control de los alimentos tiene que ser muy estricto.

5 Discusión-Conclusión

Todavía, hoy en día, tras la realización de diversos y variados estudios, no se puede confirmar que esta forma de alimentación, la BLW, sea la más adecuada para los lactantes, aunque tampoco se puede desechar y afirmar que no es correcta.

Esta afirmación, en la que no se la sitúa con una veracidad del 100% como la más idónea, es apoyada por varias sociedades de reconocido prestigio, entre las que se ha de mencionar a la Sociedad Europea de Gastroenterología Pediátrica, Hepatología y Nutrición.

Por todo ello, y ante las dudas que nos siguen surgiendo a los Profesionales Sanitarios del área Pediátrica, debemos seguir investigando con respecto a esta temática, para poder elaborar conclusiones más exactas y resultados precisos y aplicables, basados en la evidencia científica.

6 Bibliografía

Terrados S. Hospital Ramón y Cajal. Comité de Alergia Infantil (SEAIC). Baby Led Weaning, visión del Alergólogo. Comité Alergia Infantil. 2021.

Gómez Fernández – Vegue M. Comité de Lactancia Materna y Comité de Nutrición de la Asociación Española de Pediatría. Recomendaciones de la Asociación Española de Pediatría sobre la alimentación complementaria. 2018.

Martínez Suárez V., Dalmau Serra J. Alimentación complementaria. Pediatría Integral. 2020. Vol. XXIV. Número 2.

Gil Hernández A., Uauy Dagach R., Dalmau Serra J. Comité de Nutrición de la AEP. Bases para una alimentación complementaria adecuada para los lactantes y los niños de corta edad. 2006. Anales de Pediatría. Vol. 5. Núm. 5. Pág. 481 – 495.

Leonelli G., Cavieres P., Munizaga R. Relación entre el conocimiento y recomendación del baby led weaning en nutricionistas de atención primaria, en las ciudades de Coquimbo y La Serena, Chile. 2019. Rev. Chil. Nutr. Vol. 46. No. 6.

Cuadros Mendoza C. A., Vichido Luna M. A., Montijo Barrios E., Zárate Mondragón F., Cadena León J. F., Cervantes Bustamante R., Toro Monjárez E., Ramírez Mayans J. A. Actualidades en alimentación complementaria. 2017. Acta Pediátrica de México. Vol. 38. No. 3.

Capítulo 64

CALIDAD DE VIDA EN MUJERES CON INCONTINENCIA URINARIA

CRISTINA GORRIZ ALCAT

MARIA GORRIZ ALCAT

1 Introducción

La incontinencia urinaria (IU) es la pérdida involuntaria de orina asociada con una urgencia, al hacer esfuerzo físico, estornudar o al toser que constituye un problema médico y social, puesto que puede llegar a modificar conductas y relaciones sociales entre otros resultados. En el año 1998, la incontinencia urinaria fue clasificada por la Organización Mundial de la Salud (OMS) como una enfermedad debido a su frecuencia y afección psicosocial.

Las causas que producen estas pérdidas de orina son respuesta a diferentes situaciones. Se clasifican en incontinencia urinaria de esfuerzo, urgencia, mixta e incontinencia urinaria por rebosamiento. La incontinencia de esfuerzo es aquella que se produce como consecuencia de un aumento de la presión intraabdominal derivado de un esfuerzo físico, golpe de tos, estornudo o carcajada, y está relacionado con una alteración del suelo pélvico sufrido tras el embarazo y/o el parto. Es el tipo de incontinencia urinaria más frecuente entre las mujeres, y su prevalencia se sitúa en el 40-50% según los estudios. La incontinencia urinaria de urgencia es la pérdida involuntaria asociada a un fuerte deseo de orinar que se denomina “urgencia” o “micción imperiosa”, es el tipo de incontinencia más frecuente entre las mujeres mayores de 75 años. La incontinencia urinaria de tipo mixta es la que se presenta con urgencia y también al realizar ejercicios, esfuerzos, estornudos o toser. Finalmente, la incontinencia urinaria por rebosamiento

es la pérdida involuntaria de orina producida cuando el volumen de ésta en la vejiga supera su capacidad. La continencia urinaria depende básicamente de la integridad de la vejiga, el suelo pélvico y la uretra. Por otro lado, la innervación de estas estructuras y el control a nivel superior (corteza cerebral) son igualmente importantes para el correcto desarrollo de esta función. La micción es una función del tracto urinario inferior mediante la que se consigue el vaciado de la orina, cuando la vejiga ha llegado a su capacidad fisiológica y los condicionantes sociales y el lugar son adecuados.

2 Objetivos

Conocer los factores asociados a la aparición de la incontinencia urinaria.
Visibilizar cómo afecta a la calidad de vida de las mujeres este trastorno.

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 en las principales bases de datos: Pubmed, Medline y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

FACTORES ASOCIADOS A LA APARICIÓN DE LA PATOLOGÍA

Existen factores asociados a la aparición de la incontinencia urinaria identificados en numerosos estudios, algunos de ellos intrínsecos, como por ejemplo el género, y otros extrínsecos, como es el peso. Las mujeres, asociado a su género, tienen mayores probabilidades de sufrir incontinencia por esfuerzo como consecuencia de embarazos, partos, menopausia y la propia anatomía femenina (1). Por otro lado, el envejecimiento predispone a que el adulto mayor tenga más probabilidad de sufrir incontinencia como consecuencia de los cambios fisiopatológicos que ocurren en el sistema urinario (1). Además, algunas mujeres, tienen mayor probabilidad de padecer incontinencias debido a que poseen la musculatura del suelo pélvico más débil asociada a la edad. Otro factor predisponente es la raza, tal y como investigaciones han demostrado, las mujeres de raza blanca tienen una

prevalencia de incontinencia urinaria de esfuerzo tres veces mayor que las mujeres negras, atribuyéndose a diferencias raciales en el tejido conjuntivo o en los músculos (2). Finalmente, un índice de masa corporal por encima del normopeso puede dar lugar a que el suelo pélvico sea insuficiente y por lo tanto se produzca un escape de orina (2).

EPIDEMIOLOGÍA

Aunque su prevalencia es difícil de precisar como consecuencia de la falta de estandarización de los procesos e instrumentos de medida, así como también debido a que la gran mayoría de las mujeres que la padecen no consultan específicamente sobre este problema ya sea por desconocimiento, vergüenza o por pensar que se debe a un proceso de envejecimiento normal, su presencia se estima alta (3).

En un estudio descriptivo transversal llevado a cabo en la ciudad de Jaén en el año 2017 entre mujeres de 30 a 80 años que acudían a la consulta de enfermería encontraron que la prevalencia de incontinencia urinaria fue del 43,3%. (4).

Por otro lado, una revisión literaria realizada en el 2010 por Salinas Casado (5) encontraron que la prevalencia media estimada de incontinencia urinaria entre las mujeres españolas fue del 24%, mientras que si el grupo de población femenina se limita a las mayores de 85 años, aumenta este porcentaje al 49,3.

CALIDAD DE VIDA

La incontinencia urinaria mantiene una estrecha relación con la calidad de vida de las personas que se ven afectadas por esta condición. Como bien reconoce la OMS, no sólo se trata de una patología sino que además condiciona la aparición de problemas económicos y sociales. Algunas de las esferas que se ven afectadas por esta enfermedad son la psicológica, la económica o la social. Es frecuente la aparición de síntomas de depresión, pérdida del deseo sexual, pérdida de autoestima, negativismo, ansiedad, sentimiento de culpa o apatía. Dentro de la económica, se identifica la falta de dispositivos para evitar que la orina empape la ropa, el ausentismo laboral, abandono del empleo o cambio de trabajo. Finalmente, dentro de la esfera social se describen limitaciones como el temor a oler a orina, la disminución de las relaciones sociales, el aislamiento social, las limitaciones de viajes y actividades recreativas, los problemas matrimoniales o la pérdida de pareja. A pesar de que un gran porcentaje de mujeres asocian las pérdidas de orina a la condición natural del envejecimiento, esta patología conlleva un número grande de consecuencias que limitan la calidad de vida de las mujeres. Las diferentes condiciones socio económico, cultural, personal... de las mujeres que pueden padecer este síndrome no evitan que la calidad de vida se vea afectada en un amplio porcentaje de todas ellas como consecuencia de la IU. La IU

tiene un impacto significativo según Kwon, B.E. (6) en la dimensión psicológica y aspectos socioeconómicos de la mujer.

BÚSQUEDA DE AYUDA SANITARIA

Finalmente, y a pesar de demostrarse la cantidad de efectos que acarrea esta condición, son pocas las mujeres que buscan ayuda médica para tratar este síndrome. En muchos estudios han identificado cuáles son las causas por las cuales las mujeres que lo sufren no buscan ayuda médica. Salinas Casado et al. (5) detectaron que existe una tendencia al ocultamiento por temor al rechazo. Otro estudio concluyó que las mujeres no buscan ayuda incómodas en la exploración, lo asumen como parte de la edad, no les parece condición incómoda o no tienen tiempo de ir al médico. Sólo el 9% de las mujeres buscó atención médica. Las razones para no buscar ayuda varían, la mayoría de las mujeres piensan que la incontinencia es parte de la vida normal, mientras que otras juzgan que su incontinencia no sea lo suficientemente grave o frecuente como para necesitar tratamiento (8).

5 Discusión-Conclusión

La prevalencia de la incontinencia urinaria entre la población femenina mayor de 65 años es elevada, sin embargo, las cifras varían en función de los criterios adjudicados para realizar el muestreo.

Se trata de una patología que afecta a las mujeres alrededor de todo el mundo. La mayoría de las mujeres que padece esta patología ve afectada su calidad de vida, estando limitadas distintas esferas.

En una amplia mayoría las mujeres no buscan ayuda sanitaria por distintos motivos. La incontinencia urinaria provoca en un alto porcentaje de mujeres sensaciones de vergüenza e infelicidad, además es predictor de enfermedades mentales, como estrés, ansiedad o depresión.

6 Bibliografía

- 1.Castañeda, I., Martínez, J., García, J., Rodríguez, E., Pérez, N.Aspectos epidemiológicos de la incontinencia urinaria. Revisión Bibliográfica. Rev Cuba Med Física y Rehabil. [Internet]. 2016. [Acceso: 07/04/2022]. 8(67), 88–98. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/revcubmedfisreah/cfr-2016/cfrs161h.pdf>
- 2.Silva-Ramos, M., Silva, I., Faria, M., Magalhães-Cardoso, M.T., Correia, J., Ferreirinha, F. Impairment of ATP hydrolysis decreases adenosine A1 receptor tonus

favoring cholinergic nerve hyperactivity in the obstructed human urinary bladder. *Purinergic Signal*. [Internet]. 2015. [Acceso: 07/04/2022]. 11(4), 595–606. DOI: 10.1007/s11302-015-9478-z

3.Finoli, S., Goette, M., Moran, L. Incontinencia urinaria y sus repercusiones en la actividad sexual. Área: Ciencias de la Salud. XXI Encuentro Jóvenes Investig Univ Nac del Litoral. [Internet], 4. [Acceso: 08/04/2022]. Disponible en: <http://web10.unl.edu.ar:8080/colecciones/bitstream/handle/123456789/8720/3.1.4.pdf>

4.Cruz, Lendínez, C., Linares, Abad, M., Cruz, Lendínez, A. J., Calero, García, M. J. Incontinencia Urinaria en mujeres de Jaén: estudio de prevalencia. *Index de Enfermería*. [Internet]. 2017. [Acceso: 08/04/2022]. 26(1-2), 25-28. https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962017000100006

5.Salinas Casado, J., Díaz Rodríguez, A., Brenes Bermúdez, F., Cancelo Hidalgo, M J., Cuenllas, Díaz, A., Verdejo Bravo, C. Prevalencia de la incontinencia urinaria en España. *UROD A*. [Internet]. 2010. [Acceso: 06/04/2022]. 23 (1), 52-66. Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/261251887_Salinas_Casado_J_Diaz_Rodriguez_A_Brenes_Bermudez_F_Cuenllas_Diaz_A_Verdejo_Bravo_C_Prevalencia_de_la_incontinencia_urinaria_en_Espana_Urod_A_201023152-66

6.Kwon, B. E., Yon Kim, G., Jung Son, Y., Sook Roh, Y., Ae You, M. Quality of Life of Women with Urinary Incontinence: A Systematic Literature Review. *Int Neurourol J*. [Internet]. 2010. [Acceso: 06/04/2022]. 14,133-8. DOI: 10.5213/inj.2010.14.3.133

7.Sensoy N, Dogan N, Ozek B, Karaaslan L. Urinary incontinence in women: prevalence rates, risk factors and impact on quality of life. *Pak J Med Sci*. [Internet]. 2013. [Acceso: 06/04/2022]. 29(3), 818-822. DOI: 10.12669/pjms.293.3404

8.Altaweel, W., Alharbi, M. Urinary Incontinence: Prevalence, Risk Factors, and Impact on Health Related Quality of Life in Saudi Women. *Neurourology and Urodynamics*. [Internet]. 2012. [Acceso:06/04/2022] 31:642–645. DOI: 10.1002/nau.22201

Capítulo 65

LA IMPORTANCIA DE LA ENFERMERA ESCOLAR Y SUS FUNCIONES

SARA GARCÍA FELIPE

1 Introducción

Se define como Enfermera Escolar al profesional cuya responsabilidad es educar en salud y proporcionar los cuidados propios de su competencia a los alumnos del centro escolar donde presta su servicio, de modo directo, integral o individualizado, de forma que los individuos aumenten su capacidad para prevenir, detectar y solucionar problemas de salud. Su objetivo es contribuir al pleno desarrollo y máximo bienestar físico, mental y social de la comunidad educativa.

En la edad escolar se adquieren los hábitos y estilos de vida, por lo cual se constituye idónea para realizar la labor de prevención y promoción de la salud, así como la educación sanitaria adecuada, con la finalidad de librar la salud integral de los escolares. Por ello, nace la enfermería escolar, con el propósito de preparar al alumnado para una vida independiente en sociedad y educarlo en los valores de dignidad, tolerancia e igualdad.

La gestión de un servicio de Enfermería Escolar tiene diferencias marcadas respecto a otros campos de la profesión, esto se debe a la condición por el contexto físico donde desarrolla su labor (la escuela) y los profesionales con los que se relaciona (comunidad educativa): alumnos, familias y personal del centro educativo.

La consulta está destinada a la aplicación de cuidados enfermeros dentro del horario escolar, la atención de la urgencia a los escolares y aportar la instrumentación necesaria para desarrollar la práctica profesional. Ha de estar adap-

tada al ambiente escolar y las peculiaridades del alumnado del centro, estar correctamente señalizada y encontrarse en un lugar de fácil acceso para los alumnos, así como los servicios de emergencias. Asimismo, la puerta de acceso deberá tener unas dimensiones adecuadas para el paso de silla de ruedas y otros aparatos que utilicen los alumnos para su movilización, junto con una óptima ventilación e iluminación para el uso al que está destinado.

Actualmente, la implantación de esta figura está siendo bastante debatida, por un lado están los que abogan por la enfermería comunitaria como responsable de las tareas del entorno escolar, mientras que otra corriente defiende la consolidación y expansión de la enfermería especializada en el ámbito escolar para atender los complejos cuidados del entorno escolar.

2 Objetivos

El objetivo del presente trabajo es conocer la importancia de la Enfermería Escolar y las funciones que desempeña dentro del ámbito escolar.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo se ha llevado a cabo una investigación mediante una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente mediante las palabras clave: "enfermería escolar", "funciones de la enfermera escolar" y "salud escolar".

Los artículos se identificaron mediante búsquedas electrónicas en bases de datos bibliográficas como Pubmed, SciELO, Cochrane Library, Dialnet y Google Scholar, así como en libros relacionados con el tema.

Se cribaron mediante criterios de inclusión y exclusión y se identificaron los estudios potencialmente incluibles a partir del título y del resumen. Posteriormente se analizó el texto completo para su selección.

4 Resultados

La enfermera escolar es un referente de salud en los colegios, dada su formación holística en materia de salud y su posición estratégica para abordar estas cuestiones. Dentro de sus funciones se encuentran:

FUNCIÓN ASISTENCIAL: Engloba los cuidados de salud integrales al alumnado y resto de la comunidad escolar en relación a valorar, diagnosticar, planificar, ejecutar y evaluar los cuidados de salud de la comunidad educativa. Sus actividades van dirigidas a:

- Promocionar, proteger, mantener y rehabilitar la salud de la comunidad educativa.
- Identificar y valorar las necesidades de salud y los cuidados que requieren los individuos, considerando los aspectos biopsicosociales.
- Realizar la actividad asistencial en función de las necesidades de cuidados detectadas y actuar según protocolos científicos.
- Realizar los pertinentes planes de atención de enfermería a los alumnos que lo requieran basados en los diagnósticos enfermeros.
- Actuar ante emergencias o incidencias que surjan durante el horario escolar.
- Administrar tratamiento y medicaciones prescritos por profesionales médicos a los escolares que lo requieran.
- Control y seguimiento del alumnado con enfermedades crónicas en colaboración con familias, facultativos y demás personal del equipo de salud.
- Prevenir y detectar de forma precoz los principales problemas de salud en la edad escolar colaborando junto con la dirección del centro cuando se detecten problemas psicológicos.
- Coordinar los distintos exámenes de salud escolar (vacunación, revisiones bucodentales, podológicas, etc.).
- Supervisar la alimentación ofrecida en el comedor escolar para que se adecúa a los alumnos con necesidades alimentarias especiales.
- Asesorar como especialista a la comunidad escolar.
- Derivación del alumnado al centro sanitario cuando sea necesario (con previo aviso de padres o tutores).
- Participar activamente en el equipo interdisciplinar que conforma la comunidad educativa.

FUNCIÓN DOCENTE: Incorpora actividades educativas y formativas dirigidas al alumnado, profesorado, padres y madre de los alumnos, así como al resto de profesionales y trabajadores de la comunidad educativa. Sus actividades están dirigidas a educar y proporcionar herramientas para la adquisición de hábitos saludables, entre ellas:

- Promover la salud y adquisición de hábitos saludables y habilidades que favorezcan las conductas saludables con programas de educación para la salud dirigidos a la comunidad escolar.

- Formar a asociaciones de AMPAS sobre los problemas frecuentes en el centro educativo, cómo prevenirlos y fomentar hábitos saludables desde el ámbito familiar.
- Colaborar en la formación de profesionales y trabajadores de la comunidad educativa, desarrollando seminarios y talleres sobre hábitos de vida saludables.
- Trabajar colaborativamente con el equipo docente para integrar la salud en las materias de manera transversal, formando al profesorado en el aprendizaje de habilidades que faciliten la adquisición y mantenimiento de conductas saludables y otros como tratamientos, procesos patológicos, enfermedades degenerativas, etc.
- Educar al alumnado que padece enfermedades crónicas y al resto de alumnos en autocuidados. Enseñando pautas de alimentación, higiene corporal, higiene ambiental, reconocimiento y prevención de accidentes y consecuencias y riesgos que pueden derivarse.
- Realizar recomendaciones dirigidas a padres y personal del centro sobre los procesos más comunes en la infancia y cómo prevenirlos.
- Explicar un buen uso del sistema sanitario.

FUNCIÓN GESTORA: Implica la planificación, organización, dirección y control de todas las actuaciones y recursos. Es necesaria para ofrecer cuidados y atención de calidad organizados y debidamente planificados. Entre sus actividades encontramos:

- Realizar la historia de enfermería con recogida y custodia de informes médicos.
- Recoger información referida a enfermedades, tratamientos médicos, alimentación, alergias, intolerancias de los alumnos del centro,
- Realizar parte de incidencias e enfermería relevantes para la familia.
- Elaborar fichas sistemáticas de evolución y seguimiento en el alumnado que lo requiera, así como la información médica transmitida o enviada a la familia.
- Realizar hojas de medicación con nombre del alumno, ciclo, fármaco, dosis y horario.
- Realizar circulares sobre alergias, intolerancias, medicación y problemas relevantes y distribuirlos a través del coordinador al responsable de actividades extraescolares, dirección y personal de cocina.
- Coordinar con el equipo profesional y directivo del centro escolar la planificación enfermera, especialmente relacionada con su función docente.
- Ser el nexo de unión entre los diferentes organismos para la salud de los escolares (Centro de atención primaria, odontología, psicólogos, fisioterapeuta, etc.).
- Supervisar la adecuada dotación del Servicio de Enfermería de los recursos materiales necesarios y su reposición.

FUNCIÓN INVESTIGADORA: tiene como objetivo el perfeccionamiento del ejercicio profesional de la enfermería y el desarrollo de la atención en el ámbito de la salud, para abordar el estudio de la realidad y ampliar y profundizar al conocimiento enfermero y evaluar la práctica y sus efectos. Se encarga de:

- Ampliar y profundizar en los conocimientos profesionales mediante el desarrollo de estudios científicos diversos con el fin de conocer los conocimientos, actitudes y hábitos de salud de los escolares para descubrir la situación de partida y poder evaluar la actuación enfermera mediante estudios posteriores.
- Buscar soluciones a los problemas y situaciones de la profesión enfermera, tratando de mejorar métodos y medios para elevar la calidad de la atención en colaboración con grupos de investigación.
- Generar nuevos conocimientos y enfoques innovadores para dar respuesta a las situaciones cambiantes de salud.
- Evaluar los resultados y el cumplimiento de los objetivos propuestos.
- Evaluar la calidad de vida relacionada con la salud escolar.
- Mejorar los recursos didácticos de educación para la salud a través de métodos de investigación-acción en el aula.
- Difundir resultados de estudios en revistas científicas y congresos.

5 Discusión-Conclusión

La presencia de la enfermera en el ámbito escolar facilitará la atención de casos de carácter tanto preventivo y de promoción como de cuidados de la salud del alumnado, además de disminuir la vulnerabilidad ejercer un impacto sobre la calidad de vida de escolares y sus familias.

Se encargará de ejercer el cuidado de la salud al público de la comunidad escolar. Asimismo, fortalecerá estilos de vida saludable, autoestima y autoconcepto, madurez emocional, salud mental alimentación, lavado de manos, de dientes y ayuda a cambiar y mejorar hábitos de la comunidad educativa.

También fortalecerá el rol protagonista de los padres, dado que los hábitos, creencias y costumbres en la alimentación es una práctica que comienza en casa y en familia.

Por todo ello, la ausencia de un profesional para la atención de la salud escolar en los establecimientos educacionales, actualmente asumida por docentes en algunos centros, puede acarrear problemas o daños futuros en la salud de los

alumnos, por ende, es de destacar la importancia de la implantación del personal enfermero en este ámbito.

6 Bibliografía

1. San José Machi C. Enfermería escolar. Universidad de Valladolid. 2014. p.9-12
2. Nasser Laaoula AO. La enfermera escolar: una necesidad sentida. Universidad de Almería. 2011Sep.
3. Doncel Carrasco LM. Percepción de la figura de la enfermera escolar (funciones y competencias) por parte del colectivo educativo en Centros Públicos de Educación Especial de la Comunidad de Madrid (estudio observacional). Universidad pontificia Comillas. Madrid. 2019 Dic.
4. Darouge Naranjo I. Necesidad de implantación de la figura de la enfermera escolar: Una revisión bibliográfica. Universidad de las Palmas de Gran Canaria. 2018 May.
5. Del Val Ortega E. La enfermera en la escuela y la salud escolar. Universidad de Cantabria. 2015 Jun.
6. Estébanez Potayos E. La enfermería en el ámbito escolar. Universitat Jaume I. 2018 May.
7. González García N, López Langa N. Antecedentes históricos y perfil de la enfermera escolar. *Metas de Enferm.* 2012 Sep; 15(7). p.50-54.
8. Chacón Díaz. Enfermería escolar: evolución desde sus inicios hasta la actualidad. Universidad de La Laguna.
9. Luna Victoria Mori FM, Bustamante Edquen S, Leltón Espinoza ZE, Santillán Salazar R. Competencias de la enfermera en instituciones educativas: una mirada de los gestores educativos. *Rev Gaúcha Enferm.* 2018; 39.

Capítulo 66

FACTORES DE RIESGO QUE MÁS SE REPITEN EN LAS CAÍDAS ENTRE LAS PERSONAS MAYORES

CRISTINA GORRIZ ALCAT

MARIA GORRIZ ALCAT

1 Introducción

El envejecimiento supone uno de los retos a nivel mundial, se ha estimado que entre los años 2000 a 2050 la población mayor de 65 años se duplicará, pasando a formar parte del 11 al 22% de la sociedad (605 a 2000 millones). Por otro lado, Europa es el continente más envejecido, con el 18,5% perteneciente a esa franja de edad.

Se trata de un proceso natural en el ser humano que ocurre de manera universal, el envejecimiento son cambios biológicos irreversibles que acontecen a lo largo de la vida. Una de las consecuencias de envejecer es que la capacidad de adaptación está disminuida en todas las esferas. Por lo que aparece un aumento del riesgo de caídas y su gravedad.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la caída como "acontecimientos involuntarios que hacen perder el equilibrio y dar con el cuerpo en tierra u otra superficie firme que lo detenga". Las caídas suponen una de las principales causas de morbilidad en adultos mayores y es considerado uno de los principales síndromes geriátricos más importantes y uno de los indicadores más fiables a la hora de identificar al anciano frágil. Las caídas se sitúan entre las patologías más frecuentes de las personas mayores y se asocian a una elevada mortalidad,

morbilidad y deterioro en la funcionalidad del individuo. La incidencia de caídas aumenta a medida que avanza la edad, según los estudios, aproximadamente 1 de cada 3 personas mayores de 65 años se cae en un año y esta cifra aumenta al 50% en caso de adultos mayores de 80 años. Los ancianos institucionalizados presentan un incremento en el número de caídas que se producen al año. Varía entre un 39% y un 49% según la literatura utilizada en los textos. Además, las caídas de repetición varían entre un 12% y un 35%.

El historial de caídas se considera como un factor de riesgo a tener en cuenta en la prevención, pues el grupo de pacientes que se cae en más de una ocasión representa una proporción considerable del número total de caídas; entre el 16 y el 52% de los pacientes puede experimentar más de una caída durante su hospitalización. Las caídas son origen de diversas complicaciones y entre el 5 y el 20% son causantes de graves lesiones en la salud de las personas como: fracturas, traumatismo craneoencefálico y lesiones de partes blandas. Además de ser causa de largas estancias en el suelo (long lie syndrome) con graves consecuencias para los accidentados. El síndrome postcaída tiene consecuencias negativas en la persona, pudiéndola dejar con síntomas de inseguridad y miedo o ansiedad ante la posibilidad de una nueva caída.

2 Objetivos

- Definir la caída.
- Conocer la Epidemiología de las caídas.
- Conocer los Factores más comunes asociados a dicho evento entre personas mayores.

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 en las principales bases de datos: Pubmed, Medline y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

La prevalencia de las caídas varía en función de la edad, la fragilidad y del entorno (factores intrínsecos y extrínsecos), a pesar de que muchas de las caídas que se producen en la población mayor poseen un factor precipitante conocido, la mayor cantidad de caídas se producen por la suma de muchos factores (1). La etiología de las caídas es multifactorial. Se ven implicados los factores intrínsecos que son aquellos que son debidos a causas propias, condiciones o procesos que ocurren en la persona como la edad, el sexo, enfermedades crónicas... y factores extrínsecos que son las causas externas a la persona como el consumo de fármacos, barreras arquitectónicas, suelos resbaladizos... (2). La valoración multidimensional de las caídas parece ser la estrategia más eficaz para su prevención y el factor de riesgo potencialmente evitable es el consumo de fármacos, especialmente los psicotrópicos. A continuación se describen los factores que más se repiten:

EDAD

La edad se plantea como un factor intrínseco de carácter significativo presente en todos los estudios. Algunas investigaciones identifican que la mayoría de las caídas ocurren en pacientes adultos mayores de 65 años (3). Otros estudios determinan que la probabilidad de caídas en mayores de 80 años es 2,5 veces más alta que en menores de 65 (4), añaden que la edad media más habitual entre las personas que sufre caídas es superior a 83 años, y de la misma manera opinan que una edad avanzada es el factor principal de riesgo de caídas, aumentando este riesgo conforme lo hace la edad.

SEXO

El factor género también está presente. La mayoría de los estudios presenta el género femenino como un factor de riesgo predisponente para las caídas. Algunos estudios registran que las caídas de mujeres suponen el 64% del total (5), detalla que las mujeres sufrieron más caídas que los hombres, suponiendo el 65% de las mismas.

POLIMEDICACIÓN

La polifarmacia, entendida como el consumo diario de fármacos, es otro factor de riesgo que aparece en la literatura como predisponente a caídas entre ancianos. Algunos estudios determinan que hasta en el 77% de las caídas estaban presentes (6). La toma de 4 o más fármacos se ha demostrado que es un riesgo de caída para la población, y especialmente los siguientes grupos: psicofármacos, sedantes y diuréticos (7).

PREVALENCIA DE COMORBILIDADES

La prevalencia de diferentes enfermedades crónicas y la comorbilidad de las mismas son factores que juegan un papel ampliamente reconocido en las caídas. La hipertensión arterial (HTA), está presente en el 59% de los eventos precipitantes (8) así como la enfermedad músculo-esquelética.

LUGARES DE CAÍDAS MÁS FRECUENTES

Las caídas ocurren de forma más habitual en entornos conocidos y familiares como el domicilio en aquellos que viven en la comunidad y en el dormitorio en los ancianos que habitan en hogares de mayores, siendo las menores de las caídas en la calle, como cabría pensar (9). Otros estudios identifican que el lugar más habitual de caídas es la habitación (55,5%) seguido del baño (19,4%) (7).

MOMENTO DEL DÍA

El momento más habitual de caídas entre las personas mayores suele ocurrir durante el día motivado en parte porque es cuando más actividades realizan (aseo, compra...). En un estudio concluyeron que durante las mañanas ocurrieron el 40% de las caídas y durante las tardes el 41% (7).

PREVENCIÓN FRENTE A LAS CAÍDAS

Algunos autores han identificado como una de las conclusiones esenciales para limitar las caídas en ancianos intervenciones sobre los propios sanitarios, con el objetivo de identificar al anciano frágil y activar el protocolo anti caídas. Para ello es imprescindible identificar las características de tanto las personas como los ambientes y momentos en los que se producen las mismas. Por otro lado, identifican como necesario algunas intervenciones o actividades entre los sanitarios como concluyen en algunos estudios, donde la formación de un grupo de comisión para las caídas es una herramienta de apoyo para conocer las personas implicadas y dar apoyo mediante fisioterapia a aquellos que se pueden beneficiar (7). Otros añaden que realizar una vigilancia estrecha de la polimedicación en los ancianos y adecuar las medicaciones precisas son intervenciones que tendrán efectos positivos en la prevención de caídas (10).

5 Discusión-Conclusión

Las caídas deben ser consideradas como un problema de salud a nivel mundial por la frecuencia en la que ocurren y a la cantidad de personas que afectan, la mayoría de ellas mayores de 65 años, con las morbilidades y la mortalidad que acarrearán.

Es ampliamente conocido que existen unos factores de riesgo que influyen en las caídas, reconocerlos se convierte en una tarea necesaria. Algunos de estos factores serán posible corregirlos y evitarlos, otros serán simplemente identifi-

cados. Todo ello dará lugar a la posibilidad de trabajar sobre las personas en la prevención y promoción para evitar acontecimientos adversos como las caídas.

6 Bibliografía

- 1.Lavedán Santamaría, A., Jürschik Giménez, P., Botigué Satorra, T., Nuin Orrio, C., Viladrosa Montoy, M. Prevalencia y factores asociados a caídas en adultos mayores que viven en la comunidad. *Aten Primaria*, . [Internet]. 2014. [Acceso: 05/04/2022]. 47(6); 367-375. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6983699/>
- 2.Petronila Gómez, L., Aragón Chicharro, S., Calvo Morcuende, B. Caídas en ancianos institucionalizados: valoración del riesgo, factores relacionados y descripción. *Gerokomos*. [Internet]. 2017. [Acceso: 05/04/2022]28(1); 2-8. Disponible en:http://scielo.isciii.es/scielo.phpscript=sci_arttext&pid=S1134-928X2017000100002&lng=es&nrm=iso
- 3.Laguna-Parras, J.M., Carrascosa- Corral, R.R., Zafra López, F., Carrascosa- García, M^a. I., Luque Martínez, F.M., Alejo Esteban, J.A., García-Fernández, F.P. Efectividad de las intervenciones para la prevención de caídas en ancianos: revisión sistemática. *Gerokomos*. [Internet]. 2010. [Acceso: 05/04/2022]. 21 (3): 97-107. Disponible en: <https://scielo.isciii.es/pdf/geroko/v21n3/revision1.pdf>
- 4.Guimaraes Rodrigues, L., Pereira Fraga, G., Berti de Azevedo Barros, M. Falls among the elderly: risk factors in a population-based study. *Rev Bras epidemiol*. [Internet]. 2014. [Acceso: 05/04/2022]. 17(3); 705-718. DOI: 10.1590/1809-4503201400030011
- 5.Moya, A., Melina, D., Naupay, A., Shirley, C. Factores asociados a caídas en el adulto mayor en el programa de atención domiciliaria. *Rev Peru Investig Salud*. [Internet]. 2018. [Acceso: 05/04/2022]. 2(1); 28-33. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7174428>
- 6.Marques Costa dos Reis, K., Alves Costa de Jesus, C. Cohorte de ancianos institucionalizados: factores de riesgo para caída a partir del diagnóstico de enfermedad. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. [Internet]. 2015. [Acceso: 05/04/2022]. 23(6); 1130-1138. Disponible en: https://repositorio.unb.br/bitstream/10482/29716/3/ARTIGO_CohorteAncianosInstitucionalizados.pdf

Capítulo 67

ENFERMERIA: ANAFILAXIA PEDIÁTRICA

MARIA DEL PILAR JUAREZ MERINO

SANDRA SÁNCHEZ VIUDAS

ANA MARIA CAMARENA LILLO

BEATRIZ GALLEGO CEJUDO

JOSE VIGARA ALMANSA

1 Introducción

La anafilaxia es el término utilizado para describir una enfermedad que cursa con una reacción alérgica grave potencialmente mortal y de instauración rápida, pudiendo comenzar en los primeros minutos desde que nuestro cuerpo entra en contacto con el alérgeno hasta horas más tarde. Dada la importancia de esta enfermedad en el año 2009 diferentes profesionales consiguen unificar estudios y conocimientos aprendidos durante años y hacer la primera guía de actuación en anafilaxia llamada Guía Galaxia. Su última revisión fue en 2016.

Debido a la gravedad de la enfermedad el rápido reconocimiento de la anafilaxia y realizar un diagnóstico de forma precoz es primordial. Posteriormente se hará un seguimiento del paciente y se educará tanto al niño como a la familia ante futuros episodios que pueda provocar la enfermedad.

El resultado de diez estudios europeos sugieren una incidencia de 1,5-7,9 por 100000 personas/año, también podemos observar un aumento de los casos du-

rante los últimos años. La prevalencia se estima en un 0,3%, siendo la tasa de mortalidad de un 0,01%. El diagnóstico de la anafilaxia puede ser difícil, ya que puede afectar a diferentes sistemas y ser muy variable. Normalmente los signos y síntomas suelen aparecer en los primeros treinta minutos.

2 Objetivos

- Exponer cómo manejar la anafilaxia en niños.
- Exponer cuáles son los signos y síntomas que nos han de llamar la atención cuando estamos ante una anafilaxia de un niño.

3 Metodología

Una vez elegido el tema a desarrollar he realizado una búsqueda bibliográfica y también se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, Google academic, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas. Se han revisado textos tanto en castellano como en inglés.

4 Resultados

La anafilaxia es la reacción más grave que puede ocurrir por lo que debemos ser los más rápidos posibles en diagnosticarla. Los síntomas cutáneos son los más frecuentes y los que aparecen con más antelación, le suceden los respiratorios y en último lugar los cardiovasculares, sin embargo pueden aparecer en el niño en cualquier orden.

En los adultos la causa más común son los fármacos sin embargo en los niños son los alimentos, siendo estos diferentes según en el territorio donde nos encontremos. En Europa los alimentos principales causantes de anafilaxia son los frutos secos, el marisco, el huevo y la leche.

El tratamiento de elección en los niños que han sufrido una reacción anafiláctica es la adrenalina intramuscular en la cara externa del muslo, la adrenalina intravenosa solo se administraría en entorno hospitalario y en niños que no responden a la adrenalina intramuscular. Podríamos repetir la dosis intramuscular de adrenalina cada 5- 15 min. Si es necesario se podría iniciar una perfusión de adrenalina intravenosa. Si el niño está en tratamiento con bloqueantes beta valorar la administración de Glucagón. En el caso de que el niño presentara bradicar-

dia prolongada administrar atropina y si presenta hipotensión refractaria agentes vasopresores.

El niño puede presentar afectaciones en la piel como prurito o eritema, problemas respiratorios como disnea o sibilancias, descenso de la presión arterial y problemas digestivos como vómitos o dolor abdominal tipo cólico. Si presentara cualquiera de estos criterios en minutos u horas podríamos estar frente a una anafilaxia.

Si estamos ante una anafilaxia podría darse el caso de que el niño entre en parada cardiorespiratoria la cual es potencialmente reversible tratándola según las guías del soporte vital básico en primera instancia y avanzado lo antes posible.

5 Discusión-Conclusión

La anafilaxia es una enfermedad grave que puede poner en peligro la vida del paciente, por lo que un diagnóstico precoz es importante para la supervivencia del niño. La causa más común en niños es la alergia con los alimentos, siendo los frutos secos, el marisco, el huevo y la leche los más comunes.

Cuando vemos a un niño con clínica cutánea, problemas respiratorios, descenso de la presión arterial o problemas digestivos ha de llamarnos la atención y pensar que se trata de una anafilaxia. El tratamiento de elección es la adrenalina intramuscular en la cara externa del muslo, siendo posible repetirla cada 5-15 minutos si la primera dosis no ha sido efectiva

6 Bibliografía

1. Cardona V, Cabañes N, Chivato T, Guardia P, Fernández M, Freijó C, et al. Guía de actuación en anafilaxia: GALAXIA. En: Sociedad Española de Alergología e Inmunología Clínica [en línea] [consultado el 10/06/2016].
2. Soar J, Pumphrey R, Cant A, Clarke S, Corbett A, Dawson P, et al. Emergency treatment of anaphylactic reactions – Guidelines for healthcare providers. Resuscitation. 2010;81:1400-33.
3. Echeverría Zudaire LA. Tratamiento de la anafilaxia. ¿Cómo lo estamos haciendo? En: AEPap (ed.). Curso de Actualización Pediatría 2011. Madrid: Exlibris Ediciones; 2011. P. 63-72.

Capítulo 68

ENFERMERIA : INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO

MARIA DEL PILAR JUAREZ MERINO

SANDRA SÁNCHEZ VIUDAS

ANA MARIA CAMARENA LILLO

BEATRIZ GALLEGUO CEJUDO

JOSE VIGARA ALMANSA

1 Introducción

Una isquemia es la falta de sangre oxigenada en el ventrículo izquierdo. Un infarto es la necrosis o muerte del tejido en una parte de la pared miocárdica del ventrículo izquierdo y sigue a los estadios de isquemia y daño miocárdico.

El infarto agudo de miocardio o también llamado "ataque cardíaco" se trata de una situación urgente que tiene una alta mortalidad. Consiste en la obstrucción brusca del paso de la sangre a lo largo de una arteria coronaria (muerte de la parte del corazón que es irrigada por esa arteria). Este puede aparecer en cualquier edad, aunque se puede decir que la frecuencia aumenta con el paso de los años. Se pueden diferenciar varios tipos de infarto de miocardio: infarto de miocardio espontáneo, infarto de miocardio secundario a desequilibrio isquémico, infarto de miocardio que produce la muerte y no se dispone de valores de los biomarcadores, infarto de miocardio relacionado con angioplastia intraluminal

coronaria, infarto de miocardio relacionado con trombosis del stent e infarto de miocardio relacionado con cirugía de derivación aortocoronaria.

Además también se puede agrupar en dos tipos distintos de infarto de miocardio: infarto de miocardio con onda Q y el infarto de miocardio sin onda Q.

2 Objetivos

Objetivo principal:

- Identificar las causas y tipos de infartos de miocardio.

Objetivos secundarios:

- Conocer los síntomas habituales que produce el infarto agudo de miocardio.
- Reconocer los factores de riesgo cardiovascular.

3 Metodología

Este trabajo ha sido elaborado mediante una revisión bibliográfica, recopilando información de diversas fuentes usando como buscador principal Google Académico y se han consultado diversos artículos académicos. Las fuentes que se han utilizado en el presente capítulo son: CuidatePlus, Clínica Universidad de Navarra y SEMI.

4 Resultados

El infarto agudo de miocardio es un síndrome coronario agudo y es la principal causa de muerte de hombres y mujeres en todo el mundo. La cardiopatía isquémica es la principal causa de muerte en los países desarrollados y la tercera en países que se encuentran en vías de desarrollo. Es de gran importancia la fase extrahospitalaria, la previa antes de ingresar, ya que la mortalidad en esta fase supera el 40%.

Se diferencian dos tipos de infarto de miocardio:

- Infarto de miocardio con onda Q o síndrome coronario agudo con elevación del segmento ST: obstrucción prolongada de una de las arterias coronarias importantes y como consecuencia, muere una zona más o menos grande del corazón. La onda Q es una cicatriz que se observa después de haber pasado la fase aguda del infarto.
- Infarto de miocardio sin onda Q: suele afectar a arterias del corazón más pequeñas, no se muere una zona tan grande del corazón.

Se puede decir que de manera general, las personas que sufren un infarto agudo de miocardio se debe a un previo de arteriosclerosis coronaria.

Además existen factores de riesgo cardiovascular que pueden aumentar el riesgo de padecerlo:

- Edad avanzada.
- Sexo masculino.
- Elevación del colesterol malo.
- Descenso del colesterol bueno.
- Diabetes mellitus.
- Tabaquismo.
- Hipertensión arterial.
- Estrés.

Alguno de estos factores son modificables, por lo que pueden reducirse manteniendo un estilo de vida saludable. Entre los factores de protección podemos destacar: la actividad física, evitar el consumo del tabaco, entre otros.

Los síntomas más comunes que se manifiestan son:

- Dolor torácico (intenso y prolongado) que se puede extender hacia las extremidades superiores, espada y mandíbula.
- Dificultad para respirar.
- Aumento de la sudoración.
- Palidez.
- Mareos.
- Náuseas, vómitos.

5 Discusión-Conclusión

Aunque existan factores de riesgo que puedan aumentar el riesgo a sufrir un problema cardiovascular, se puede prevenir o bajar la incidencia de sufrirlo siguiendo algunas pautas como dejar el consumo de alcohol y tabaco, llevar una dieta equilibrada, realizar ejercicio físico aeróbico, entre otros.

Es necesario concienciar a la población sobre la importancia de no demorarse en ir al médico en caso de sufrir un infarto agudo de miocardio, ya que cuanto más tiempo pase, mayor probabilidad hay de que la situación se complique y se empeore, dando lugar a la muerte.

Como conclusión podemos destacar dos cosas, por un lado la importancia de controlar los factores de riesgo que pueden aumentar el riesgo a que suframos un infarto agudo de miocardio, y por otro, la rapidez de la atención médica para un mejor pronóstico.

6 Bibliografía

1. CuidatePlus: <https://cuidateplus.marca.com/enfermedades/enfermedadesvasculares-y-del-corazón/infarto-miocardio.html>.
2. Sociedad Española de Medicina Interna (SEMI): <https://www.fesemi.org/informacion-pacientes/conozca-mejor-su-enfermedad/infarto-agudo-demiocardio>.
3. Clínica Universidad de Navarra: <https://www.cun.es/enfermedadestratamientos/enfermedades/infarto-miocardio>.

Capítulo 69

ENFERMERIA: EL AISLAMIENTO HOSPITALARIO

MARIA DEL PILAR JUAREZ MERINO

JOSE VIGARA ALMANSA

SANDRA SÁNCHEZ VIUDAS

ANA MARIA CAMARENA LILLO

BEATRIZ GALLEGU CEJUDO

1 Introducción

El aislamiento hospitalario se da cuando un paciente está contagiado de una bacteria o un virus contagioso y así crear una barrera para evitar la propagación de este por otras zonas del hospital o al personal.

Las medidas de aislamiento son un conjunto de métodos que se utilizan para evitar la propagación de microorganismos entre los pacientes, el personal hospitalario, visitantes y equipos médicos, y así evitar la transmisión de enfermedades. Se debe limitar las visitas y el personal que pueda entrar en dicha habitación, y si es necesario entrar se deben utilizar los medios adecuados para evitar el contagio.

Las precauciones de aislamiento buscan:

- Cortar la cadena de la transmisión del agente infeccioso.
- Disminuir la incidencia de infección nosocomial.
- Prevenir y/o controlar brotes.
- Dosificar el uso de recursos.

- Mantener la calidad en la atención.

Hay dos niveles de aislamiento:

- Precauciones estándar: son las que engloban las precauciones universales y las precauciones frente a sustancias corporales. Se deben aplicar a todos los pacientes independientemente de su estado infeccioso.

- Precauciones específicas: son adicionales a las anteriores y son aplicadas a infecciones específicas. Se dividen en tres categorías en función del mecanismo de transmisión de su agente infeccioso:

1. Aéreo.
2. Por gotas.
3. Por contacto.
4. Inverso.

2 Objetivos

Objetivo principal:

- Saber qué es un aislamiento en un hospital y a qué se debe.

Objetivos secundarios:

- Conocer los tipos de aislamiento que existen.
- Conocer las precauciones a tomar

3 Metodología

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

4 Resultados

Está demostrado que estas precauciones son unas de las medidas más importantes para controlar las infecciones hospitalarias.

Dichas recomendaciones se basan en diversos aspectos como: el lavado de manos; el uso de guantes; el uso de bata, mascarilla y protección ocular; y el tratamiento del material del paciente y la habitación del enfermo:

- Transmisión aérea: los microbios son muy pequeños y pueden flotar en el aire y viajar distancias largas. Para evitar contagiarnos debemos seguir diferentes pasos para poder entrar a la habitación y equiparnos con lo correcto. Para entrar a una habitación aislada por aerosoles debemos equiparnos con doble guante, bata, protector ocular y una mascarilla FFP2 que es la que más nos va a proteger.
- Transmisión por gotas: para entrar en esta habitación debemos equiparnos con doble guante, bata, mascarilla quirúrgica y protección ocular.
- Transmisión por contacto: para entrar en estas habitaciones debemos equiparnos con bata y doble guante.
- Transmisión inversa: las personas que están con este tipo de aislamiento son aquellas personas que pueden estar inmunodeprimidas y la protección sería para evitar que les llevemos algún tipo de virus o bacteria que pudiera complicarles su enfermedad. Por tanto, para entrar en una habitación aislada inversamente, debemos protegernos con bata, doble guante y mascarilla quirúrgica.

Es muy importante el lavado de manos antes y después del contacto con personas aisladas, ya que los guantes pueden tener poros. Esta norma es un pilar fundamental para la prevención, y no está bien divulgada, ya que hay diversos estudios que demuestran que el personal sanitario se lava las manos la mitad de las veces que debería hacerlo.

Existen diferentes tipos de lavado de manos:

- Lavado higiénico: deberá realizarse en las siguientes situaciones: después de haber tocado a un paciente y antes de tocar a otro; entre dos procedimientos diferentes ante el mismo paciente; y justo después de quitarse los guantes.
- Lavado antiséptico: este lavado se realizará al salir de habitaciones con aislamientos, o por ejemplo ante brotes epidémicos por bacterias multirresistentes. También existen diversos productos antisépticos para el lavado de las manos que se pueden utilizar como sustitución si no disponemos de un lavabo cerca de nosotros. Son productos que tienen una solución de base alcohólica, ya que este actúa rápidamente contra microorganismos y seca rápidos sin necesidad de secarse. Deberán ser colocados a la entrada de las habitaciones o en la cabecera de la cama del paciente para poder facilitar su uso. Estos productos no podrán ser utilizados cuando las manos estén sucias o manchadas.

5 Discusión-Conclusión

Debemos tener muy claro de que se trata cada aislamiento para poder protegernos ante esa bacteria contagiosa. Normalmente, se aísla a esas personas en una habitación solas, ya que tiene un nivel muy elevado de contagio y para entrar

debemos de utilizar diversos medios como batas, guantes, mascarillas o protección ocular para evitar propagar el contagio.

Es muy importante quitar todos estos medios antes de salir de esa habitación, ya que si no estaríamos propagando la bacteria por fuera de esa habitación. También sabemos que es muy importante los lavados de manos tanto antes de atender a un paciente como después, tanto el lavado higiénico como el antiséptico.

6 Bibliografía

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

Capítulo 70

ABORDAJE DE LA OBESIDAD INFANTIL POR PARTE DE LA ENFERMERÍA EN ATENCIÓN PRIMARIA

HAYAR MOHAMED ABDELKADER

1 Introducción

Con el desarrollo de la Atención Primaria, ha coincidido en el tiempo el aumento de la prevalencia de la obesidad infantil. Actualmente, España se sitúa entre los países con peores datos. Se hace necesario analizar los errores que hayan podido contribuir a aumentar esta tendencia, como el no abordar los determinantes socioculturales, la falta de orientación a la promoción de la salud o la escasa aplicación de métodos de intervención en el ámbito familiar.

Es fundamental tener todos estos aspectos en cuenta para poder subsanar la prevalencia y ser más eficaces mediante nuevos programas innovadores.

Es necesario un abordaje multidisciplinar de los determinantes socioculturales y psicosociales, junto con una atención más innovadora donde se promueva la actividad física y la salud desde el ámbito de la educación nutricional.

Los profesionales de la Enfermería Comunitaria deben abordar desde una nueva perspectiva a las familias de niños y niñas con obesidad infantil para optimizar su papel de actuación.

A día de hoy, la obesidad infantil (OI) es un problema de gran magnitud que protagoniza grandes esfuerzos para la salud pública y la educación. Las causas de este problema se deben a factores multifactoriales y muy complejos, abordándose muchos focos de intervención para intentar que la tendencia se invierta. Potenciar

la implicación de la Enfermería Comunitaria como recurso en la atención a los niños y niñas con OI en la Atención Primaria (AP) es un reto que necesita ser atendido.

La mayoría de los estudios se han centrado en nutrición y actividad física, comprobando que el sobrepeso y la obesidad son un problema muy complejo donde hay cientos de factores que contribuyen, pero seguramente nos equivocamos en no considerar los determinantes socioculturales en su conjunto y la intervención en los mismos.

Hoy día, se puede afirmar que el desarrollo de la AP de salud no ha sido suficiente para frenar el avance de esta enfermedad infantil.

2 Objetivos

El principal objetivo de este capítulo es establecer las esferas de actuación donde la Enfermería Comunitaria debe hacer hincapié para abordar el sobrepeso y la obesidad infantil desde Atención Primaria.

3 Caso clínico

Varón de 6 años de edad que acude a consulta de Enfermería junto a su madre y dietética para control de peso y dieta. Tras analizar una semana sus hábitos, se detecta que no desayuna antes de ir al colegio, su primera comida la realiza a las diez y media de la mañana en el colegio, no realiza actividad física excepto las impuestas en las clases de educación física del colegio, se va a dormir a las doce de la noche, pasa toda la tarde jugando a videojuegos y por cuestiones económicas no hace actividades extraescolares. Las comidas en su casa las realiza viendo la televisión y el acto de comer es de forma rápida.

En la entrevista con su madre nos informa que nunca quiere salir con sus hermanos, familiares y amigos, prefiere quedarse en casa haciendo una vida sedentaria. Se observa que la madre no encuentra el peso de su hijo como un problema, ya que algunos familiares sufren sobrepeso.

MEDIDAS ANTROPOMÉTRICAS: El niño pesa 28.5 kg y su percentil de peso es del 97%. Su estatura es de 114 cm, teniendo un percentil de talla del 50%. Su Índice de Masa Corporal es de 21.92 y su percentil de índice de masa corporal (IMC) es del 97%.

VALORACIÓN: Según los datos antropométricos se valora que el niño sufre sobrepeso. Se elabora un plan de actuación para intentar normalizar su peso según su edad y talla.

PLAN DE ACTUACIÓN: El plan de actuación se ha basado en la edad del niño, ya que los regímenes estrictos o altamente restrictivos podrían provocar alteraciones en el patrón del crecimiento. En todo momento la dieta será equilibrada, incluyendo todo tipo de alimentos saludables. Las intervenciones que se deciden tras la evaluación del caso son las siguientes:

- Todas las intervenciones decididas son informadas a la madre, ya que es importante la implicación de la familia en este proceso para que las medidas adoptadas perduren en el tiempo y se consigan cambiar los hábitos insanos por otros más saludables.

- Se asesorará a la familia en cuanto a la alimentación y hábitos de vida saludables, ya que las deficiencias pueden provocar que la obesidad o sobrepeso se entiendan como estados normalizados. Se concienciará a los cuidadores principales de los riesgos y consecuencias de la obesidad o sobrepeso. Se les enseñará a seguir una dieta equilibrada y realizar actividad física regular.

- Se les facilitará a los familiares acceso a asociaciones y entidades dedicadas a personas con problemas de peso para concienciar, recibir ayuda y compartir experiencias similares.

- Se pondrá en contacto con otros profesionales como pediatras, nutricionistas, profesores y psicólogos para abarcar todas las esferas de forma holística, trabajando el problema desde distintas perspectivas e intentando un objetivo común como la salud física, mental y social.

Las recomendaciones que se harán serán las siguientes:

- Evitar el comer entre horas deberá realizar cinco comidas diarias. Si tras este patrón continuara existiendo apetito, se ofrecerá fruta fresca, a ser posible de temporada.

- Se fomentará la ingesta de lácteos o productos derivados.

- Se impulsará al consumo de pescados y legumbres por presentar mayor poder de saciedad.

- Los platos principales se presentarán con una guarnición constituida por verduras.

- Prevalecerán los métodos culinarios como a la plancha o al vapor, evitando otros menos saludables como los fritos o estofados.

- Se respetarán las horas de sueño del niño. La evidencia muestra que los dispositivos electrónicos disminuyen las horas de descanso por ofrecer sobreestímulos, suscitando un sueño poco reparador. Su uso no sobrepasará las dos horas diarias.

- Se restringirá la televisión durante la alimentación para que sea consciente del acto de comer y la ingesta sea de menor cantidad.

- Respecto a la actividad física, se buscarán otras fórmulas sin implicaciones

económicas, como por ejemplo ir al colegio andando o salir en bicicleta en familia.

4 Discusión-Conclusión

Los programas basados en los estilos de vida y en el comportamiento e intervención familiar ofrecido por profesionales formados, reducen el sobrepeso.

Es significativo impulsar la visibilidad de la labor de Enfermería Familiar y Comunitaria para mejorar la atención a la obesidad infantil, donde los ciudadanos identifiquen a su enfermera de referencia como uno de los principales apoyos para hacer frente a la obesidad infantil.

Es fundamental que, tanto la familia como los profesionales, se tome conciencia de que los profesionales de enfermería (sobre todo, desde Atención Primaria) pueden ayudar a los menores a corregir el problema de obesidad, mejorando la sensibilización de la sociedad ante este gran problema. Es un reto muy complejo, ya que los determinantes socioculturales tienen un peso muy importante, siendo la alta prevalencia de obesidad infantil un síntoma de la enfermedad llamada “capitalismo”, la cual determina estilos de vida insanos que son consecuencia de priorizar el crecimiento económico frente a la protección de la salud.

5 Bibliografía

1. [Internet]. Spaoyex.es. Encontrado en: <https://spaoyex.es/sites/default/files/pdf/Voxpaed17.2pags33-40.pdf>.
2. Abordaje de la obesidad infantil desde Atención Primaria – Enfermería Activa del Siglo XXI: blog abierto [Internet]. Enfermeriaactiva.com. Encontrado en: <https://www.enfermeriaactiva.com/abordaje-de-la-obesidad-infantil-desde-atencion-primaria/>.
3. Sobrepeso y Obesidad | Sociedad de Pediatría de Atención Primaria de Extremadura [Internet]. Spapex.es. Encontrado en: <https://spapex.es/foro-pediatrico/2013/sobrepeso-y-obesidad>.
4. Principal P, médica E, niños O. Obesidad en niños: MedlinePlus enciclopedia médica [Internet]. Medlineplus.gov. Encontrado en: <https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/007508.htm>.
5. Obesidad infantil - Wikipedia, la enciclopedia libre [Internet]. Es.m.wikipedia.org. Encontrado en: https://es.m.wikipedia.org/wiki/Obesidad_infantil.

Capítulo 71

EXTRACCIÓN MANUAL DE LECHE MATERNA. TECNICA MARMET

MARINA LLOSA VILLA

1 Introducción

La extracción de Leche Materna (LM) puede resultar de utilidad en diferentes situaciones y por diferentes motivos entre los que podemos destacar algunos como:

- Provocar el reflejo de eyección para facilitar el agarre.
- Bebés prematuros o enfermos.
- Durante ingresos hospitalarios de la madre y/o lactante.
- Para aliviar la ingurgitación mamaria.
- Cuando no es posible dar una toma determinada.
- Para almacenarla y dársela en otro momento.
- Para donación.
- Para extraer y desecharla temporalmente mientras se toma una determinado fármaco.
- Para ayudar a drenar el pecho en caso de obstrucción o mastitis.
- Para mantener o aumentar la producción
- Para ayudar a iniciar o establecer la producción en caso de relactación o lactancia inducida.

Existen diferentes técnicas de extracción de leche, bien manual o mecánica. Cada una tiene sus peculiaridades, y ambas requieren de cierta pericia.

El volumen obtenido de leche va a estar condicionado por la técnica empleada, por la experiencia de la madre y el estado en el que se encuentre. Así, las primeras

veces se conseguirá extraer poca cantidad de leche, aumentado esta con la práctica, siendo más eficaz extraer la leche en varias sesiones cortas que en pocas y largas.

Se debe elegir el momento más adecuado para la extracción, por ejemplo, si el bebé solo mama de un pecho extraer la leche del otro, cuando no vacía el segundo pecho, entre tomas, cuando se salta tomas, después de la primera toma de la mañana cuando los pechos están más llenos...

2 Objetivos

Describir la forma correcta de realización de la técnica de extracción manual de leche materna o la técnica de Marmet.

3 Metodología

Se realizó una revisión de la literatura y guías de práctica clínica sobre métodos y realización de extracción manual de leche materna y su utilidad, utilizando como palabras clave de búsqueda los términos “extracción manual”, “leche materna” y “técnica Marmet”.

4 Resultados

La extracción manual de leche es una técnica útil que permite a la mujer familiarizarse con su pecho y perder el miedo, además es ideal en los primeros días posparto para la extracción del calostro y estimular la subida de la leche.

El proceso debe intentar realizarse en un ambiente cómodo y agradable, tener objetos o fotos que recuerden al bebé ayuda en la realización de la técnica.

Tanto si la extracción se va a realizar de forma manual como con bomba, se deben lavar las manos y efectuar un masaje del pecho para facilitar la extracción y provocar así el reflejo de eyección.

De este modo la extracción manual o técnica de Marmet consta de dos fases:

1. Estimulación: Para estimular el reflejo de eyección

- Masajear: presionar firmemente el pecho con las yemas de los dedos contra la pared del tórax realizando un movimiento circular con los dedos en un mismo punto sin deslizarlos sobre la piel. Comenzar desde la parte de arriba y hacer el movimiento en espiral alrededor del seno hacia la aréola.

- Acariciar: peinar el pecho desde arriba hacia el pezón, usando las yemas de los dedos mediante un contacto ligero de cosquilleo. Continuar este movimiento desde la periferia hacia el pezón alrededor de todo el pecho.
- Sacudir: suavemente ambos pechos inclinándose hacia delante.

2. Extracción:

- Colocar el dedo pulgar y los dedos índice y medio formando una letra C, a unos 3 o 4 cm del pezón. Evitar que el pecho descansa sobre la mano.
- Empujar los dedos hacia atrás (hacia las costillas), sin separarlos. Si los pechos son grandes o caídos, primero hay que levantarlos y después empujar los dedos hacia atrás.
- Comprimir hacia el pezón, con movimientos como de rodillo, sin deslizar los dedos. Es una acción de ordeño
- Repetir rítmicamente para vaciar. Se debe rotar la posición de los dedos para vaciar todos los cuadrantes del pecho. Se pueden utilizar ambas manos en cada pecho.

Se llevará a cabo una secuencia en la que se alternan ambos pasos (masaje y extracción). Una sesión puede durar de 20 a 30 minutos, alternando los pechos cada 5 o 10 minutos.

Hay que evitar maniobras como exprimir, deslizar o estirar los pezones, la extracción no debe ser dolorosa.

5 Discusión-Conclusión

La extracción manual de leche es una técnica que todas las madres deberían conocer y poder llevar a cabo, ya que puede ser muy útil en diferentes situaciones, sobre todo en los primeros días de lactancia.

La técnica de Martmet es cómoda, barata y sencilla, ya que no requiere de la compra, limpieza y esterilización de materiales y utensilios.

Se debe recordar a las madres que la extracción de LM no es una forma de conocer la cantidad de leche que se produce, pues el volumen que se consigue extraer con esta técnica no es equiparable al que realiza el bebé.

6 Bibliografía

1. Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre lactancia materna. Guía para las madres que amamantan. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Servicio de Evaluación de Tecnologías Sanitarias del País Vasco OSTEBA; 2017. Guías de Práctica Clínica en el SNS.

2. Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre lactancia materna. Guía de Práctica Clínica sobre lactancia materna. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad; Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias del País Vasco-OSTEBA, 2017. Guías de Práctica Clínica en el SNS.
3. Un regalo para toda la vida. Guía de la lactancia materna. Carlos González. Ed. Temas de Hoy, 2006
4. Alba Lactancia Materna [sede Web]. Cataluña: ALBA; 2021 [acceso 27 de marzo de 2022]. Extracción de la leche materna. Disponible en: <https://albalactanciamaterna.org/lactancia/tema-3-manejo-de-la-leche-materna/extraccion-de-la-leche-materna/>

Capítulo 72

VALORACIÓN GERIÁTRICA INTEGRAL DEL ANCIANO EN UNA CONSULTA DE ENFERMERIA

CRISTINA GORRIZ ALCAT

MARIA GORRIZ ALCAT

1 Introducción

El paciente geriátrico tiene sus propias características que lo diferencian del resto de la población, los aspectos intrínsecos del proceso de envejecimiento fisiológico y la forma especial de presentar la enfermedad demuestran que son características suficientes para necesitar de un sistema de valoración adaptado a ellos, es decir, la valoración geriátrica integral (VGI). Esta herramienta además permite conocer los “problemas no diagnosticados, las disfunciones y dependencias reversibles no reconocidas que es difícil de valorar con la valoración clínica tradicional: la anamnesis y la exploración física”.

El principal objetivo de la realización de una valoración geriátrica integral (VGI) es diseñar un plan individualizado adaptado a cada persona, preventivo, terapéutico y rehabilitador para poder conseguir el mayor nivel de calidad de vida de la persona y mantener el máximo nivel de independencia. La VGI se ha demostrado como el mejor instrumento de valoración en la atención primaria y en el ámbito hospitalario del anciano porque es capaz de recoger mediante una visión holística las necesidades del anciano, garantizando una adecuada atención de calidad. Las escalas de valoración forman un proceso dinámico y estructurado para la identificación de diagnósticos además de la determinación de problemas y necesidades

en las diferentes esferas de la vida diaria de los ancianos: clínica, funcional, mental, social y nutricional. De la misma manera es importante la valoración del cuidador principal del anciano.

2 Objetivos

Describir, dentro de la consulta de enfermería, la valoración integral geriátrica

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 en las principales bases de datos: Pubmed, Medline y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

En primer lugar, la valoración de la esfera clínica en la población geriátrica incluye una anamnesis completa adaptada a sus necesidades, más breve y frecuente que la que procede en otros grupos de población. Debe comprender una exploración física completa que habitualmente lleva más tiempo por los hallazgos en la persona como por ejemplo, deficiencias auditivas, visuales... y se completa con pruebas complementarias de orina, sangre, electrocardiograma... Además en ocasiones se solicita el acompañamiento de un cuidador principal que confirme y la anamnesis (toma adecuada de la medicación, dieta...) (1,2). La correcta exploración de la esfera funcional es una importante necesidad en el anciano porque va a recoger la información sobre la habilidad para la realización de las actividades diarias y sobre la capacidad de mantener la independencia el anciano dentro de su medio habitual. Aquellos que tengan mayor incapacidad, tienen más posibilidades de ser institucionalizados, y como resultado hay un aumento de la mortalidad y existe un mayor consumo de recursos asistenciales (1,2).

Las actividades que se valoran se dividen según las destrezas en: Actividades Básicas de la Vida Diaria (ABVD), que son aquellas que realizamos para mantener cubiertas las necesidades de aseo, vestido, alimentación... Actividades Instrumentales de la Vida Diaria (AIVD), que se refieren a aquellas que exigen más autonomía y nos relacionan con el entorno de manera independiente: llamar por

teléfono, cocinar, comprar...(1,4). Y finalmente las actividades Avanzadas de la Vida Diaria (AAVD) (1), que permiten al anciano la independencia y la colaboración en actividades como trabajo, viajes, ejercicio físico intenso...

Las escalas más utilizadas para evaluar las ABVD son: índice de actividades de la vida diaria (KATZ), índice de Barthel, escala de incapacidad física de la Cruz Roja, escala de Plutchik, mientras que para valorar las AIVD se utiliza fundamentalmente el índice de Lawton y Brody (1).

Respecto a la valoración de la esfera mental, es necesario evaluar tanto los aspectos cognitivos como los afectivos de la persona. El 25 % de la población geriátrica padece un trastorno psíquico y los más habituales son ansiedad y depresión. El deterioro cognitivo está identificado como otro gran campo necesario de explorar por su frecuente presencia entre la población más envejecida, sobre todo entre aquellas personas institucionalizadas. El diagnóstico en este grupo se inicia habitualmente por petición de familiares como consecuencia de pérdidas de memoria que son identificadas por el propio entorno (1,2).

El uso de las escalas permite la detección y valoración de la progresión en el tiempo del deterioro, además de evaluar el tratamiento, sirven para facilitar el diagnóstico inter observador. El empleo de los test, teniendo en cuenta, que son herramientas que apoyan al diagnóstico y recordando que no debe ser utilizado como única prueba fiable de una demencia, son la opción más habitual. Para la valoración de la esfera cognitiva contamos con múltiples test, de los que se destacan por su amplia difusión en nuestro medio, comodidad y sencillez de aplicación, los siguientes: Cuestionario de Pfeiffer (Short Portable Mental Status Questionnaire, SPMSQ), Mini-Mental State Examination de Folstein (MMSE), Mini-Examen Cognoscitivo de Lobo (MEC), Test del reloj, Set-tests y Test de los 7 minutos (1,5). La valoración afectiva es otra esfera necesaria de valorar. Dentro de la edad geriátrica, la depresión es una de las patologías más prevalentes y se puede presentar de diferentes formas, como cambios de humor, en el aseo... Por otro lado, la ansiedad se muestra como otra de las alteraciones que aparecen y constituye un estado emocional de malestar y aprensión desproporcionada al estímulo que lo provoca. Para la valoración de la esfera afectiva se cuenta con herramientas que unifican los criterios y nos ayudan a su diagnóstico como son las siguientes escalas: Escala de depresión geriátrica de Yesavage (Geriatric Depression Scale, GDS), Inventario de depresión de Hamilton, Inventario de depresión de Beck, Escala de Zung, Escala de Cornell de depresión en la demencia, Escala de depresión y ansiedad de Goldberg (1).

A su vez, la esfera social es otra de las dimensiones que se valoran dentro de esta población por su repercusión en la independencia y el estado de salud de

los mayores. Esta dimensión es tratada desde un ámbito multidisciplinar, donde el trabajador social es un agente importante implicado. Esta necesidad es importante debido a posibles repercusiones futuras y actuales en cuanto a la posibilidad de apoyo familiar, social y las deficiencias que pueden aparecer a la hora de cubrir las necesidades básicas. Su evaluación es complicada y precisa de factor subjetivo implicado importante: la calidad de vida que presenta la persona y su percepción. Los instrumentos de medida más utilizados son: Escala OARS de recursos sociales, Escala de valoración sociofamiliar de Gijón, Escala de Filadelfia (Philadelphia Geriatric Center Morale Scale) (1,6).

No hay que olvidarse de la carga que supone para el cuidador principal tener a cargo la responsabilidad de proporcionar los cuidados necesarios hacia una persona dependiente y las repercusiones que sobre esa figura pueden aparecer. Para ello, se utiliza la escala de Zarit (1,7).

La esfera nutricional es necesaria de valorar según algunos autores debido a la importancia para el correcto funcionamiento de los órganos y sistemas corporales, imprescindible para alcanzar un estado de salud satisfactorio. Además, evalúa si existen factores y causas de riesgo de malnutrición en los adultos mayores. Se pueden medir mediante parámetros antropométricos (peso, talla, índice de masa corporal, diámetro braquial y de pantorrilla), marcadores bioquímicos que provocan alteraciones antes de que se presenten cambios físicos y encuestas nutricionales (1,3).

Finalmente, desde enfermería es necesario citar a consulta al paciente para repetir al año siguiente la VGI y observar si empeora o se mantiene su estado general. Si empeora, el siguiente paso es convocar al anciano con la trabajadora social para valoración social y búsqueda de recursos y de herramientas para su apoyo y el de sus familiares.

5 Discusión-Conclusión

La valoración geriátrica integral de un paciente permite valorar independientemente todas las esferas de un paciente detectando patologías y situaciones que pueden pasar desapercibidas.

La utilización de escalas estandarizadas facilita ese trabajo y unifica los criterios en el momento de diagnosticar y detectar patologías.

Adaptar las escalas a las situaciones individuales de cada paciente es fundamental para poder utilizarlas de manera óptima según las capacidades y habilidades de las personas mayores.

Es importante realizar a su vez una valoración al cuidador principal como parte fundamental del sistema de cuidados del propio anciano.

Es necesario repetir la valoración geriátrica integral de manera sistemática anualmente para comprobar el estado del paciente y sus nuevas necesidades.

6 Bibliografía

- 1.Sanjoaquín Romero, A.C., Fernández Arín, E., Mesa Lampré, M.^aP., García-Arilla, Calvo E. Valoración Geriátrica Integral. Tratado de Geriatria para residentes. [Internet]. 2011. [Acceso:10/04/2022]. 4:59-68.
- 2.Dominguez-Ardila, A., García-Manrique, J.G. Valoración geriátrica integral. Aten. Fam. [Internet]. 2014. [Acceso: 10/04/2022]. 21(1):20-23. Disponible en: https://www.segg.es/tratadogeriatria/PDF/S35-05%2004_I.pdf
- 3.Escalas e instrumentos para la valoración en Atención Domiciliaria. Generalitat Valenciana. Conselleria de Sanitat. [Internet]. 2004. [Acceso: 10/04/2022]. Disponible en: <http://www.san.gva.es/documents/246911/251004/V.3785-2004.pdf>
- 4.Arenas Jiménez, M.D., Navarro García, M., Serrano Reina, E., Álvarez-Ude, F. Dependencia para las actividades instrumentales de la vida diaria en pacientes en hemodiálisis: influencia sobre la calidad de vida relacionada con la salud. Nefrología. [Internet]. 2019. [Acceso: 10/04/2022]. 39(5):531-538. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.nefro.2019.03.006>
- 5.Escala Mini Mental. Infogerontología. [Internet]. [Acceso: 10/04/2022]. Disponible en: https://www.infogerontologia.com/documents/vgi/escalas/mini_mental.pdf
- 6.De la Fong Estrada, I., Lam San Juan, M., Guzmán Núñez S., Oliva Fong. J. Evaluación de los recursos sociales en ancianos ingresados en el Servicio de Geriatria Medisan. [Internet]. 2013. [Acceso: 10/04/2022]. 17(7):1047-1052.
- 7.Regueiro Martinez, A.A., Pérez Vázquez, A., Gómara Villabona, S.M., Ferreiro Cruz, M.C. Escala de Zarit reducida para la sobrecarga del cuidador en atención primaria. Aten Primaria. [Internet]. 2007. [Acceso: 10/04/2022]. 39 (4) 185-188. Disponible en:<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7664542/>

Capítulo 73

LA PELIGROSA MODA DEL CHEMSEX

MONTSERRAT MARCOS MONTAÑA

MIRIAM PEREZ SAINERO

CRISTINA MORENO SÁNCHEZ

1 Introducción

Se ha venido observando que los patrones de consumo de sustancias entre hombres gays y bisexuales están experimentando un aumento preocupante en gran parte de los países occidentales y recientemente se ha visto que en España se esta siguiendo el mismo patrón.

EL Chemsex, se inicia en la antigüedad cuando sacerdotes y chamanes utilizaban las drogas como conexión espiritual y sagrada y los curanderos para aumentar la fertilidad y la potencia sexual. Es un término de origen británico que surge de la fusión de las palabras Chems

(derivada de chemicals, como alusión a las drogas) y Sex (sexo). Se trata de un tipo particular de consumo sexualizado de sustancias.

La finalidad del Chemsex es conseguir una experiencia sexual extraordinaria mediante el uso de drogas vía oral, esnifada, fumada o endovenosa (slamming).

La característica que lo diferencia de otras formas de consumo es la duración de las sesiones.

Se plantea a nivel de salud pública, un gran desafío puesto que el problema es emergente, no sabemos cual sera el alcance que tendrá y se plantea la necesidad de establecer una respuesta multidisciplinar desde la prevención, tratamiento e investigación.

Es importante desde la administración sanitaria, tomar conciencia con del problema que plantea esta nueva moda y establecer canales adecuados de formación para profesionales y pacientes.

2 Objetivos

- Identificar el perfil de las personas que practican Chemsex.
- Analizar los factores de riesgo que condicionan su práctica.
- Determinar las consecuencias que produce su practica.

3 Metodología

Se ha realizado una búsqueda sistemática y bibliográfica en bases de datos: PubMed, Medline, Cuiden, Web of Knowledge, Medes: Medicina en español o la biblioteca Cochrane Plus.

Se analizan 40 artículos de los que finalmente se seleccionan 10 que cumplen con los criterios de inclusión.

Criterios de inclusión: Artículos escritos en idioma ingles o español, publicados desde 2008 con referencias sobre el tema.

Criterios de exclusión son: artículos escritos en idiomas distintos al español o inglés, que no tengan acceso a texto completo, anteriores a 2008 y que no incluyeran información

4 Resultados

En España hay escasos estudios epidemiológicos sobre el Chemsex y sus consecuencias a nivel de salud pública.

En 2016 se realizo una encuesta sobre esta práctica llevada a cabo por dos ONG, Imagina Mas y Apoyo Positivo y que se refleja en los informes del Ministerio de Sanidad. La toma de muestras se llevo a cabo principalmente en ciudades como Madrid y Barcelona.

A partir de los resultados de la encuesta podemos decir que l as drogas que mas se utilizan durante la practica del Chemsex son Mefedrona, Metaanfetaminas, GHB (estasis liquido), MDMA (cristal), ketamina, cocaína y poppers.

El perfil de personas que lo practican es en la mayor parte de los casos de varones homosexuales, de 30 a 35 años, trabajadores con un nivel de educación universi-

tario medio-alto y sin pareja estable. Son personas con una percepción distinta sobre el consumo de drogas que las que presentan los consumidores de opiáceos. La práctica de Chemsex se asocia a colectivos LGBT en un 29,4% contra un 8,1% de colectivos heterosexuales.

Un 54,7% mantiene relaciones sexuales sin uso de métodos anticonceptivos de barrera.

El consumo en varones gays o bisexuales es de un 33% respecto a un 11,1% en varones heterosexuales.

En mujeres bisexuales o lesbianas un 22,9% respecto a un 5,1% de mujeres heterosexuales.

Un 68% de las personas que participan en las sesiones de Chemsex, presenta enfermedades de transmisión sexual (ETS).

Un 15,4% se declara incapaz de mantener sexo sin el consumo de sustancias, lo cual indica que existe una problemática de abuso de sustancias.

Existe un lenguaje específico con emoticonos que se utiliza en las aplicaciones de contactos que usan para organizar las sesiones donde se practica el Chemsex, estas aplicaciones suelen estar basadas en la geolocalización.

5 Discusión-Conclusión

EL Chemsex se asocia a practicas inseguras y mayor riesgo de infecciones y de enfermedades de transmisión sexual, riesgo de interacciones y toxicidades agudas con otras drogas y medicamentos.

Los practicantes de Chemsex tienen una visión de falta de consecuencias negativas por el consumo.

Como factores de riesgo señalables nos encontramos con que presentan falta de euforia y/o autoestima, homofobia internalizada, y también muchos estigmas por VIH, así como presencia de abusos sexuales durante la infancia.

La practica de Chemsex puede generar conductas adictivas y diferentes efectos sobre la salud mental de los pacientes, algunos de ellos permanentes y de gran transcendencia clínica.

El Chemsex es visto como una experiencia extrema entre el anonimato y la aventura, favorecida por la facilidad para su acceso, ya que a través de las redes sociales se consigue una organización de encuentros y reuniones.

El usuario de estas practicas ni su entorno manifiesta una clara necesidad de ayuda profesional a diferencia de lo que ocurre con los consumidores de drogas clásicas.

Se precisa de un tratamiento multidisciplinar para el tratamiento de esta adicción, así como programas de intervención social en personal que practican Chemsex.

6 Bibliografía

Fernández-Dávila P. Sesión de sexo, morbo y vicio”: una aproximación holística para entender la aparición del fenómeno Chemsex entre hombres gays, bisexuales y otros hombres que tienen sexo con hombres en España. *Revista Multidisciplinar del Sida*. 2016;4(7): 41-65.

Folch C, Fernández-Dávila P, Ferrer L, Soriano R, Díez M, Casabona J. Alto consumo de drogas recreativas y conductas sexuales de riesgo en hombres que tienen relaciones sexuales con hombres. *Med Clin*. 2015; 145(3):102–7.

Garín N, Zurita B, Velasco C. Impacto clínico del Chemsex en las personas con VIH. *Revista Multidisciplinar del Sida. Monográficos*. 2017; 5(11):21-31.

Pérez Valero I; Blanco Arévalo J. 99 preguntas clave sobre Chemsex. Libro de consulta para profesionales Sanitarios con el aval científico de GeSIDA. Jun 2017. McCall H, Adams N, Mason D, Willis J. What is Chemsex and why does it matter? *BMJ* 2015; 351:h5790.

Capítulo 74

INTERVENCIÓN EN CRISIS

CRISTINA MORENO SÁNCHEZ

MONTSERRAT MARCOS MONTAÑA

MIRIAM PEREZ SAINERO

1 Introducción

Un concepto entroncado con la urgencia psiquiátrica y que, en la práctica clínica se ensambla con él, es el de la intervención en crisis.

Caplan, creador de la Psiquiatría Comunitaria, propone definir la crisis como “un obstáculo que el sujeto encuentra en la consecución de metas importantes y que no puede ser superado mediante estrategias habituales de resolución de problemas”.

El desarrollo de una crisis sigue un proceso fásico, que finaliza antes de las ocho semanas. Siguiendo a Caplan, diferenciamos cuatro fases: shock o impacto agudo; desorganización crítica; resolución y retirada final, con lo que si no se resuelve la crisis ni positiva ni negativamente, la retirada puede ser total como a través del suicidio; o parcial interna como una desorganización psicótica o estructuración delirante; o parcial externa como un cambio radical de entorno, relaciones, actividad y hasta de nombre.

La crisis se da cuando un suceso (esperado o inesperado) se percibe subjetivamente como una amenaza para la satisfacción de necesidades, la seguridad o una existencia llena de significado.

La característica principal de la crisis es la incapacidad para mantener el equilibrio emocional y los sentimientos que se dan más frecuentemente en el indi-

viduo son: cansancio y agotamiento, desamparo, inadecuación, confusión, ansiedad, desorganización.

La crisis es un desequilibrio pasajero de adaptación psicosocial, no hay que considerarla un problema de enfermedad mental; sin embargo, una crisis no resuelta puede llegar a un trastorno mental.

2 Objetivos

Describir la importancia de establecer una relación terapéutica basada en la confianza y empatía con el fin de transmitir apoyo al sujeto en crisis y estimular la expresión libre de sus sentimientos.

Determinar las consecuencias de las crisis no resueltas y prevenir aparición de trastornos traumáticos.

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

El estudio se enmarca en una línea de investigación sobre la atención psicoterapéutica de urgencia. Así como estudios anteriores del equipo de investigación (Martínez & Alonso, 2000) han demostrado que la técnica de Intervención en Crisis cumple con los propósitos de efectividad, la investigación actual repite tales resultados, pero esta vez con un diseño cuasi experimental que les otorga mayor validez a los datos. Aunque los números señalan que se produce la mejoría más significativa en los síntomas, el estudio otorga evidencia de que esa mejoría tiene relación con la intervención, pues el grupo que no la recibió no mostró mejorías tan significativas e incluso empeoró en otras dimensiones en relación con el grupo que recibió la intervención en crisis. Resulta interesante que ambos grupos disminuyeron su sintomatología inicial, lo que podría deberse a un proceso evolutivo habitual de toda crisis, pero mientras el grupo no tratado evoluciona hacia un empeoramiento en sus relaciones interpersonales y en su adaptación social, los

pacientes intervenidos mantienen su nivel inicial en esas áreas o bien empeoran en sus relaciones con los demás para luego retomar el nivel de mejoría. Aunque desde los datos se podría afirmar que la técnica contribuye a una mejoría del funcionamiento global del individuo, la cualidad de los cambios se iría produciendo en orden, desde lo físico hasta lo social, pasando siempre por lo relacional. Por tanto, los beneficios que se obtengan en un tratamiento como éste está relacionados directamente con el nivel de compromiso interno o de conflicto dinámico que está en juego en un paciente determinado.

Las limitaciones de este estudio son muchas, entre otras nos encontramos con: un pequeño tamaño de la muestra, la necesidad de un seguimiento a más largo plazo de los sujetos a estudio y la necesidad de estudiar los rasgos de la personalidad de los individuos que lograron más beneficios en relación con los que no los obtuvieron ya que también se pueden establecer importantes diferencias, por ejemplo, en cuanto a una mayor o menor tolerancia al estrés

5 Discusión-Conclusión

El estudio de Lindemann nos enseña un principio esencial de la intervención en crisis: las personas disponen de una gran cantidad de recursos internos con los que pueden enfrentarse a una crisis súbita en su vida. Algunas personas no necesitarán ninguna ayuda externa, mientras que para otros una intervención mínima apropiada puede ser muy valiosa. Su trabajo, el de Caplan y otros seguidores nos mostró que la crisis no tiene lugar solamente en “los pacientes”, sino que le puede suceder a cualquiera, en cualquier momento, bajo las circunstancias correctas. La intervención en crisis ha ocupado un papel muy importante en las funciones de los trabajadores de la salud mental desde hace muchos años, dadas las diversas situaciones a las que nos enfrentamos todos los días y cada vez con más frecuencia.

Basándonos en la literatura actual, cuando un sujeto entra en crisis está más abierto y receptivo a la actuación profesional. Una intervención terapéutica en situación de crisis es un acto de Prevención Secundaria en relación con la Salud Mental.

6 Bibliografía

1. González de Rivera y Revuelta JL. Psicoterapia de la crisis. Rev Asoc Esp Neuropsiquiatr [Internet]. 2001 [citado el 9 de abril de 2022];(79):35-53.

Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0211-57352001000300004

2. Martínez C, Alonso C, Castro P, Álvarez P, Oviedo C, Ellwanger J, et al. Efectividad de la técnica de intervención en crisis (IC) en un servicio de urgencia de un hospital general Effectiveness of the Crisis Intervention Technique (IC) in an emergency service of a general hospital [Internet]. Redalyc.org. [citado el 9 de abril de 2022]. Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/785/78522209.pdf>

3. Adrián VMA. Edesclee.com. [citado el 9 de abril de 2022]. Disponible en: <http://www.edesclee.com/img/cms/pdfs/9788433015556.pdf>

4. Guillén Guillén E, Ruiz Fernández MI, Gordillo Montaña MJ, Gordillo Solanes T, Gordillo Gordillo MD. LA RUPTURA DEL EQUILIBRIO. *Int J Dev Educ Psychol Rev INFAD psicol* [Internet]. 2013;2(1):519–24. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=349852173037>

5. Lehmann P. Alternativas a la psiquiatría. *Rev Asoc Esp Neuropsiquiatr* [Internet]. 2013 [citado el 9 de abril de 2022];33(117):137–50. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0211-57352013000100010&lng=es.

Capítulo 75

EDUCACIÓN SEXUAL EN ADOLESCENTES CON TRASTORNO BIPOLAR

MIRIAM PEREZ SAINERO

CRISTINA MORENO SÁNCHEZ

MONTSERRAT MARCOS MONTAÑA

1 Introducción

La Clasificación Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud en su undécima Revisión (CIE-11) define el Trastorno Bipolar (TB) como: “Trastorno caracterizado por la presencia de episodios reiterados (es decir, al menos dos) en los que el estado de ánimo y los niveles de actividad del enfermo están profundamente alterados, de forma que en ocasiones la alteración consiste en una exaltación del estado de ánimo y un aumento de la vitalidad y del nivel de actividad (manía o hipomanía) y en otras, en una disminución del estado de ánimo y un descenso de la vitalidad y de la actividad (depresión)”.

En la actualidad el TB es considerado como un trastorno mental grave.

La prevalencia de enfermedad bipolar en adolescentes oscila entre el 1-7%, si se consideran las formas más “suaves” del espectro. El primer episodio puede presentarse a cualquier edad, aunque el pico de presentación se encuentra entre los 15 y 25 años. Se estima que el 55-60% de los pacientes adultos con TB inician su patología durante la infancia o adolescencia.

Los estudios muestran un retraso medio en el diagnóstico correcto de al menos 10 años, el diagnóstico afecta especialmente de forma negativa a los pacientes con inicio precoz de la enfermedad.

Es difícil determinar qué es la normalidad dentro de la conducta sexual, sin embargo, Kaplan define que la sexualidad “anormal” es aquella en la que la conducta sexual es destructiva para uno mismo o para los demás, que va asociada a sentimientos de culpa y ansiedad intensa o es de naturaleza compulsiva.

Las relaciones sexuales en la adolescencia se caracterizan por ser irregulares, espaciadas y con frecuencia no previstas.

Aunque no existe una definición clara y universal, los resultados de múltiples estudios realizados sugieren que los adolescentes con elevada sintomatología maníaca se encuentran entre la población que mayor riesgo de contraer ITS y embarazos no deseados, ya que son más propensos a involucrarse en conductas sexuales de riesgo. Estos datos ponen en manifiesto la importancia de evaluar y aumentar el nivel de conocimientos sobre salud sexual y reducir los comportamientos de riesgo sexuales.

2 Objetivos

Revisar la literatura existente acerca del Trastorno Bipolar en la población infanto-juvenil.

Describir los riesgos derivados de la sintomatología maníaca a nivel sexual en los adolescentes con Trastorno Bipolar.

3 Metodología

Se trata de una revisión sistemática de literatura. La búsqueda y análisis de artículos se realizó en febrero y marzo de 2022 en diferentes fuentes bibliográficas: Public Medical Literature Analysis and Retrieval System Online (PubMed), ClinicalKey y Cuiden Plus, así como en google académico.

Palabras clave: Trastorno Bipolar, educación sexual, adolescente.

4 Resultados

Diversos estudios refieren que la edad media de inicio de la actividad coital se sitúa entre los 15 a 16 años, con un uso regular de métodos anticonceptivos por el 75% de los jóvenes. Entre el 5,9 y el 25% de los adolescentes utilizan el coito

interrumpido como método anticonceptivo. Las tasas más altas de ITS en todo el mundo se dan en personas entre 15 y 24 años, en EE.UU. los jóvenes menores de 25 años representan casi la mitad de los nuevos diagnósticos de ITS al año, incluido el VIH.

En 2005, Kowach et al describen los síntomas más prevalentes durante un episodio maniaco en un niño, donde hipersexualidad data de 31-45%.

El 51,8% de los pacientes maniacos presentan conducta hipersexual. La mayor parte de la literatura señala que la conducta hipersexual es más probable entre los pacientes maniacos más jóvenes y se asocia a un mayor abuso de sustancias y de alcohol, y a un mayor número de episodios por unidad de tiempo.

Stewart et al data que el 14% de los adolescentes con síntomas maniacos obtuvo un resultado positivo en una ETS en comparación con el 6% de las personas con otro trastorno psiquiátrico.

Los adolescentes con trastornos psiquiátricos, inician las relaciones sexuales de forma precoz, son menos propensos a usar anticonceptivos, tienen mayores tasas de ITS, mayor riesgo de tener embarazos no deseados y mayor número de parejas sexuales que los adolescentes sin antecedentes de trastorno mental.

Los adolescentes con síntomas elevados de manía son:

- Más propensos a involucrarse en conductas de riesgo
- Son sexualmente más activos
- Tienen mayor riesgo de tener un embarazo no deseado
- Para conseguir un buen nivel de salud sexual y evitar las situaciones de riesgo, el medio que ha demostrado más eficacia es la educación sexual.

5 Discusión-Conclusión

Estudios recientes realizados por grupos de investigación independientes indican que la población infanto-juvenil también sufre de TB y que los adolescentes con elevada sintomatología maniaca, tienen mayor riesgo de contraer ITS y embarazos no deseados.

Si bien existe consenso en que el TB también se presenta en niños y adolescentes, se necesitan más investigaciones para confirmar si un aumento en la conducta sexual es un síntoma del TB pediátrico, e incluso si el concepto de hipersexualidad debe asociarse con dicho trastorno y si es apropiado incluir como criterio diagnóstico para ese rango de edad.

Por último, cabe destacar que es necesaria la implementación de intervenciones basadas en la evidencia en la promoción del bienestar mental, prevención y

tratamiento. Intervenciones de promoción de la salud sexual pueden incrementar los conocimientos de los adolescentes y podrían dar lugar a la reducción de un comportamiento sexual arriesgado ya que fomentan que estos mejoren sus conocimientos sobre sexualidad responsable.

6 Bibliografía

1. Who.int. [citado el 6 de marzo de 2022]. Disponible en: [https://icd.who.int/es/docs/Guia%20de%20Referencia%20\(version%2014%20nov%202019\).pdf](https://icd.who.int/es/docs/Guia%20de%20Referencia%20(version%2014%20nov%202019).pdf)
2. Aeped.es. Protocolos de la Sociedad Española de Psiquiatría Infantil de la AEP | Asociación Española de Pediatría [Internet]. 2008 [cited 9 febrero 2022]. Available from: <http://www.aeped.es/documentos/protocolos-sociedad-espanola-psiquiatria-infantil-aep>
3. American Psychiatric Association. DSM-V: Brevario: Criterios Diagnósticos. Barcelona: Masson; 2013.
4. Stewart A, Theodore-Oklotá C, Hadley W, Brown L, Donenberg G, DiClemente R et al. Mania Symptoms and HIV-Risk Behavior Among Adolescents in Mental Health Treatment. *J Clin Child Adolesc Psychol*. 2012;41(6):803-810.
5. Adelson S, Bell R, Graff A, Goldenberg D, Haase E, Downey J et al. Is Increased Sexual Behavior a Symptom of Bipolar Disorder in Children and Adolescents?. *Psychodyn. psychiatry*. 2013;41(3):419-435.
6. González-Pinto Arrillaga A, Aldama Juárez A, Enjuto Arranz S, González Oliveros R. Sexualidad en el trastorno bipolar. In: Montejo González Á, ed. by. *Sexualidad y Salud Mental*. 1st ed. Barcelona: Glosa; 2003. p. 129-136.

Capítulo 76

PACIENTE PEDIÁTRICO CON HIPERTERMIA. CUIDADOS DE ENFERMERÍA

MARÍA FRANCISCA CASTAÑO PILO

ALEJANDRA GARCIA DELGADO

1 Introducción

El concepto de fiebre es la elevación de la temperatura corporal por encima de 37.5°C a nivel periférico, es decir la temperatura que se obtiene a nivel cutáneo, sus variaciones son más frecuentes ya que dependen del factor ambiental y su fiabilidad es menor que la obtenida a nivel central; la temperatura a nivel central es de 38° que es la temperatura que se obtiene de la parte interna del cuerpo y que tiene una oscilación de 0.6°C . El ser humano mantiene su T^{a} corporal central de manera estable y no se verá afectada por cambios extremos en la T^{a} salvo que sean variaciones muy extremas (tanto de calor como de frío). Para mantener dicha temperatura corporal los humanos poseen varios mecanismos los cuales se detallan a continuación: 1- El hipotálamo que es el responsable de mantener la T^{a} corporal, recoge la información de los termorreceptores, la analiza y la adapta a las necesidades del organismo. 2- Los termorreceptores que están distribuidos por todo el organismo (hipotálamo, medula espinal, piel...). 3- Sistema efector que está compuesto por el sistema simpático y parasimpático su forma de actuar es ponerse en funcionamiento ante respuestas relacionadas con la sudoración, metabolismo, contracciones musculares.

Otra cuestión a tener en cuenta son la Termogénesis y la transferencia de calor, entendiéndose por la primera como la capacidad del cuerpo humano para producir calor a través del metabolismo celular, también debemos tener en cuenta las contracciones musculares que se producen al aumentar la T^a corporal y dan lugar a la "Tiritona". Cuando aumenta la T^a corporal se produce una activación celular. Mientras que la transferencia de calor hace referencia a dos situaciones fundamentales, por un lado el paso del calor desde el interior del cuerpo hasta la piel y el paso del calor desde la piel al exterior.

La velocidad con la que se hace la transferencia será decisiva para la termorregulación del organismo.

Por lo tanto la elevación de la T^a permite la actuación de las defensas del organismo frente a los agentes patógenos que producen las infecciones. No debemos tratar la fiebre como tal, sino que tendremos que aliviar el malestar que le crea al paciente pediátrico dicha fiebre.

Cuando un niño presenta fiebre lo más adecuado es saber cual es el origen y observar con detalle que síntomas pueden dar complicaciones y tratarlo.

2 Objetivos

Describir los cuidados de enfermería que se realizan al paciente pediátrico con hipotermia

3 Metodología

Para la realización de este trabajo se ha hecho una revisión bibliográfica sobre los procedimientos terapéuticos y las técnicas habituales para el control de la fiebre en el paciente pediátrico en Pubmed, Fistera, Cochrane y Medline.

Para la búsqueda se han empleado los términos "Fiebre", "Antipirético", "Paciente pediátrico".

4 Resultados

En el tratamiento y control de la fiebre del paciente pediátrico el personal de enfermería tiene una función muy fundamental; para ello este personal debe haber adquirido tanto conocimientos de la fisiopatología del proceso febril como de los diferentes modos de actuar para poder administrar los tratamientos y cuidados necesarios al paciente pediátrico, así como de informar y formar a la familia y

cuidadores para la correcta administración de los antitérmicos (cantidades ,diferentes formatos, horarios de administración..) así como de medidas físicas de control de la hipertermia que aunque no son muy efectivas pueden ayudar en el disconfort del paciente pediátrico. , y así de esta manera proporcionarle la educación sanitaria necesaria para poder solventar los signos y síntomas del proceso febril.

Importante recordar que la fiebre "No es una enfermedad" sino que es el mecanismo de defensa que utiliza el organismo del ser humano frente a las infecciones ; hay niños que presentan convulsiones ante un proceso febril pero el tratamiento de este proceso febril no impide la aparición de las convulsiones.

No debemos olvidar la importancia de la hidratación ante la fiebre, se debe ofrecer líquidos de manera continuada. Es importante que el paciente pediátrico nos pueda explicar que síntomas tiene, para ello se pueden utilizar diferentes técnica (escales, dibujos , muñecos donde señalen donde está localizada la molestia...) de tal manera que el paciente pediátrico dependiendo de la edad en la que se encuentre pueda indicarnos que le ocurre y cual son sus malestares.

En todo este proceso es muy importante la colaboración de familiares y cuidadores , los cuales nos pueden facilitar síntomas que han podido ver en el niño y que les llamen la atención o que no sean habituales en ellos y de esta manera solventar de la forma más rápida las molestias que van acompañando al proceso febril.

5 Discusión-Conclusión

En el proceso febril la educación para la salud juega un papel muy importante; es necesario formar adecuadamente a las familias y cuidadores de los pacientes pediátricos tanto a nivel de las diferentes formas de administración de medidas físicas como del manejo de los diferentes tratamientos antitérmicos.

Otro dato importante a tener en cuenta es la orientación de las familias para que pueden distinguir los diferentes signos y síntomas que pueden ir acompañando al proceso febril de un paciente pediátrico.

En conclusión podemos decir que los profesionales de enfermería tiene una labor fundamental a la hora de instruir correctamente a las familias y cuidadores del paciente pediátrico para con ello controlar correctamente esa subida de T^a , sobre todo a nivel domiciliario. Es importante utilizar las revisiones del paciente pediátrico a las consultas de los centros de salud para formar a las familias y a sus cuidadores.

6 Bibliografía

- .Fiebre sin Foco. Protocolos diagnósticos. Terapéutica de la Asociación Española de Pediatría.
- .Guía practica para los padres. Desde el nacimiento hasta los 3 años. Asociación Española de Pediatría.
- .Harrison. Principios de Medicina Interna. 18 Edición MC GAW Hill .
- .Antonio A. Arribas Cachá et al . Valoración Enfermera. Herramientas y Técnicas sanitarias 3ª Edición , Enfo Ediciones.
- .A.A. Arribas Cachá ,A. Amézcu Saáchez , Prescripción Enfermera en la Terapia del cuidado, 2015.Enfo Ediciones.
- .Navarro García Ma, De Carlos Alegre V. Revisión enfermera .2010 Febrero ,33
- .Padilla-Raygoza N, Ruiz - Palalto ML, Diaz-Guerreo R, Olvera-Villanueva G, Maldonado A, Raygoza -Mendoza M del P. Enfermería Clinica 2014 mayo-junio
- .Aguilar Cordero. Tratado de Enfermería Infantil. Cuidados Pediátricos. Madrid: Elsevier Science , 2003
- .Moreno-Pérez D, Caffanel-Pelaez M. Antitérmicos , padres y pediatras¿Tenemos conclusiones para todos ellos? Evid Pediatr.2006;2:16
- .Martin Zurro A, Cano Pérez JF. Atención Primaria. Concepto, Organización y Práctica Clínica . 6ª Edi. Madrid : Elsevier, 2008.

Capítulo 77

MANEJO DEL DOLOR EN LA DISMENORREA PRIMARIA INCAPACITANTE POR PARTE DEL PERSONAL ENFERMERO

FRANCISCO LÓPEZ CAMACHO

ADELA GILGADO DAVILA

TAMARA MERCEDES HERNÁNDEZ RAMÍREZ

1 Introducción

La dismenorrea primaria incapacitante es un trastorno ginecológico incapacitante que se presenta en un gran número de mujeres y que muchas veces requiere una consulta ginecológica, pero al no estar relacionada con una patología pélvica de base, en muchos otros casos se le resta importancia y es aceptada por parte de la paciente. de su vida cotidiana y de su calidad de mujer.

La edad fértil de la mujer representa una gran parte de su vida, por lo que es necesario diagnosticar y tratar adecuadamente esta patología con el fin de reducir sus graves consecuencias en el día a día de las pacientes que la padecen.

La dismenorrea primaria se define como una dismenorrea cíclica y recurrente caracterizada por dolor pélvico agudo e intenso asociado con contracciones uterinas durante la menstruación. La designación principal se debe al hecho de que no está

asociado con la patología subyacente de la pelvis, la ausencia de causas claras en la ecografía.

Suele ser una afección crónica multifactorial, generalmente de tipo cólico, que puede irradiarse hacia la espalda y se acompaña de náuseas, diarrea, vómitos, dolor de cabeza o mareos.

Respecto al tratamiento de la dismenorrea, se cuenta con el farmacológico y el hormonal, pero también otras terapias alternativas combinadas, pueden ser de utilidad para el manejo del dolor

2 Objetivos

El principal objetivo de este documento es mostrar el papel de Enfermería ante el manejo del dolor en la dismenorrea primaria incapacitante.

3 Metodología

Para la realización de este documento se ha realizado una revisión basada en una búsqueda bibliográfica relacionada con el manejo del dolor en la dismenorrea primaria incapacitante, para ello se ha empleado como motor de búsqueda Google Académico y se han incluido en la búsqueda distintos artículos y páginas web así como bases de datos como Scielo y Pubmed.

4 Resultados

La etiopatogenia de la enfermedad está provocada por el aumento de la producción en el organismo de prostaglandinas, que provocan una excesiva contractilidad del músculo uterino, y por tanto producen estos dolores en la mujer. Los factores de riesgo típicamente incluyen pacientes jóvenes, menorragia, menstruación temprana, menstruación abundante y antecedentes familiares.

La dismenorrea primaria es en muchos casos una patología subestimada porque no existe una causa ginecológica relacionada con el dolor y muchas mujeres, sobre todo dependiendo del nivel cultural, consideran este dolor como parte del propio ciclo menstrual, incluso normal. Sin embargo, este fenómeno puede afectar notoriamente las actividades diarias y la calidad de vida de las mujeres.

Farmacoterapia

Medicamentos antiinflamatorios no esteroideos (AINE): la primera línea de tratamiento para la dismenorrea. Se recomienda empezar 1 o 2 días antes del inicio de la regla y continuar 2 o 3 días después o mientras persista el dolor. Estos medicamentos suelen causar molestias gastrointestinales, por lo que se recomienda tomarlos con alimentos o líquidos abundantes.

Paracetamol: prescrito cuando los AINE están contraindicados o no se toleran.

Tratamiento hormonal

Anticonceptivos orales combinados: tratamiento de segunda línea (cuando los AINE solos no son efectivos). Actúan inhibiendo la ovulación y aumentando el volumen del endometrio, lo que conduce a una reducción en la producción de prostaglandinas y la cantidad de sangrado, lo que reduce los espasmos musculares y el dolor.

Se pueden usar por vía transdérmica, transvaginal, inyectada o implantada. Los posibles efectos secundarios de estos medicamentos incluyen náuseas, vómitos, sensibilidad en los senos, dolor de cabeza y riesgo de trombosis venosa (relacionada con el uso de estrógenos) en 4 de cada 10 000 pacientes.

Dispositivo intrauterino (DIU) de levonorgestrel: alternativas a la anticoncepción diaria y para pacientes sexualmente activas.

Toxolíticos: reducen la contractilidad excesiva del útero y se utilizan con éxito en la dismenorrea primaria grave.

5 Discusión-Conclusión

Los trastornos menstruales son actualmente un postulado importante en las consultas ginecológicas, tanto para mujeres jóvenes como para mujeres adultas. Una de las enfermedades más importantes es la deficiencia de dismenorrea primaria, pero existen otras, como el síndrome premenstrual o la endometriosis.

A través de las consultas de enfermería se puede visualizar esta patología a través de la detección temprana y la educación sobre los diversos recursos disponibles para el manejo del dolor. Estos incluyen terapias con medicamentos y hormonas, pero también terapias alternativas que han demostrado reducir el dolor menstrual, tanto solas como en combinación, con énfasis en la fisioterapia, la aplicación de calor local, la terapia nutricional y el ejercicio, entre otras.

6 Bibliografía

Garro Urbina V, Thuel Gutiérrez M, Robles Arce V. Dismenorrea primaria en adolescentes, manejo desde Atención Primaria. Rev Med Sinergia [Internet]. 2019. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7148910>

Carrión Martínez, Aurora; Rivera Caravaca, José Miguel. Dismenorrea primaria: la voz de las silenciadas. Archivos de la Memoria [Internet]. Disponible en: <https://ciberindex.com/index.php/am/article/view/e12406>

Mazoteras García MD. Efectividad de la terapia manual en pacientes con dismenorrea primaria [Tesis]. Universidad Complutense Madrid; 2016.

Capítulo 78

LOS CUIDADOS DE ENFERMERIA Y COMPLICACIONES DEL PACIENTE OSTOMIZADO

ANA CRISTINA SERRANO GUDE

PILAR ZAMORA ALCÁZAR

CRISTINA OLMEDO PINTADO

PARASCHIVA AMBROZE

MARIA JOSE FERNANDEZ RELUCIO

1 Introducción

La ostomía se define como una abertura artificial producida quirúrgicamente a través de la pared abdominal, permitiendo consigo la salida de orina y heces. Empleado para el sistema digestivo o urinario. Puede ser permanente o temporal cuando se utiliza hasta que el órgano sane por completo.

Existen diversas causas para la realización de una ostomía: cáncer, obstrucción intestinal, poliposis familiar, enfermedad de Crohn, infecciones, etc. En España existen unos 70 mil casos de pacientes colostomizados, aumentando esta cifra cada año, lo cual refleja un importante problema sanitario.

Existen diversos tipos de estomas en función de la zona donde se realice: ileostomía conectada con la última parte del intestino delgado, colostomía conectada con el colon, urostomía conectada con los tubos que llevan la orina a la ve-

jiga. En función de la técnica quirúrgica utilizada, la fisiología o aspecto externo del estoma puede variar, pudiendo verse a nivel del abdomen uno o dos orificios (estoma).

La implantación de una ostomía desencadena numerosos cambios en la vida del paciente, afectando a todas sus esferas. Los pacientes que presentan algún tipo de ostomía son atendidos por expertos de enfermería en ostomías denominados también estoma terapeutas. Estos profesionales trabajan conjuntamente con equipos médicos como pueden ser oncólogos o cirujanos, entre otros. En estas consultas se hace un seguimiento del paciente pre y postquirúrgico mientras está hospitalizado y cuando ya está de alta. El principal cometido del equipo es la detección de las necesidades del paciente ostomizado y la proporción de educación y cuidados integrales y de calidad, haciendo hincapié en el ámbito psicológico-afectivo, para fomentar su independencia, calidad de vida y su adaptación al entorno

2 Objetivos

Objetivo principal:

- Dar a conocer los principales tipos de ostomía y los cuidados requeridos.

Objetivos secundarios:

- Fomentar el autocuidado y la independencia del paciente ostomizado.
- Describir las complicaciones generales que pueden acontecer en el paciente intervenido de estoma.
- Mostrar las actividades que realiza enfermería para un adecuado manejo y abordaje de los cuidados y de las necesidades nutricionales y psicológicas de los pacientes ostomizados.

3 Metodología

Se ha realizado búsqueda bibliográfica en bases de datos de reconocido prestigio en el ámbito sanitario como Google Académico, Pubmed, Dialnet y Cuiden y la Biblioteca Virtual de Salud. Se revisan artículos tanto en español como en inglés en el período comprendido entre 2009-2019

4 Resultados

Existen diferentes tipos de estomas, los más frecuentes son:

- Ileostomía: exteriorización de un asa del intestino delgado a través de la pared abdominal, ubicada en el lado derecho.
- Colostomía: exteriorización de una sección del colón a través de la pared abdominal, localizada generalmente en el lado izdo.
- Urostomía: desviación de la orina al exterior sin pasar por la vejiga.
- Nefrostomía: colocación de un catéter para expulsar la orina al exterior directamente desde el riñón.

- Pueden ser temporales (durante el tiempo que dure un tratamiento) o permanentes (cuando es imposible recuperar la función del órgano afectado)

- Los cuidados a tener en cuenta son: utilizar siempre todo el material necesario (esponja, jabón, dispositivo digestivo y su plantilla, tijeras y bolsa de desecho), realizar la higiene diariamente, realizar cambio de la bolsa siempre que sea necesario, mantener la piel alrededor del estoma bien hidratado para evitar lesiones. Llevar una dieta equilibrada, saludable para normalizar el tránsito intestinal.

Los cuidados por parte de enfermería comienzan en el preoperatorio, cuando el paciente y su familia están más predispuestos para recibir información, y la ayuda profesional puede disminuir su ansiedad y miedo ante el cambio, así como afrontarlos de mejor manera. Durante el postoperatorio se valorarán las condiciones generales del paciente y la posible existencia de complicaciones. Aparte de los cuidados físicos, como la cura y limpieza del estoma, se debe incluir los cuidados psicológicos al paciente y su familia, fomentando la motivación, las habilidades personales y la autoestima. Este procedimiento se inicia en el hospital y es continuado por la enfermera comunitaria y/o estoma terapeuta. Se empezará tratando aspectos como el cuidado del estoma, los dispositivos disponibles y la vigilancia de las posibles complicaciones. Posteriormente, se incluirán otros aspectos, como la sexualidad, la dieta, el apoyo psicológico y la ayuda con las actividades de la vida diaria.

Las complicaciones que presentan este tipo de pacientes son:

- Hemorragias ocurridas por traumatismos producidos durante la limpieza del estoma, ya que estos están formados de tejido vascularizado.
- Prolapso debido a un alargamiento y edema que provoca un retorno deficiente.
- Retracción por aumento de peso del paciente o avance de un tumor maligno.
- Cambio de color en el estoma (rosado como tono general) que indica una alteración de la circulación de la sangre.
- Heridas, úlceras o incluso reacciones de la piel debido a la utilización continuada de las bolsas.

5 Discusión-Conclusión

En España hay alrededor de 70.000 personas ostomizadas, media de 50-70 años y mayoritariamente hombres. La ostomía es uno de los tratamientos posibles en el cáncer de colon, e implica un gran impacto en la calidad de vida del paciente. Para el paciente supone un gran reto adaptarse al nuevo estilo de vida que supone convivir con un estoma.

Por ello es muy importante una buena educación para la salud y que el paciente cuente con el apoyo y cuidados tanto del profesional de enfermería como de sus propios familiares, que trabajaran todos juntos sobre las diferentes dimensiones afectadas de este. Una buena educación para la salud junto con los planes de cuidados adecuados proporcionados al paciente respecto al estoma, sus cuidados y complicaciones permite que el paciente pueda llevar a cabo una vida lo más normal posible.

6 Bibliografía

1. Topics H. Ostomy | MedlinePlus [Internet]. Medlineplus.gov. 2020 [cited 10 December 2020]. Available from: <https://medlineplus.gov/ostomy.html>.
2. [Internet]. Ostomy.org. 2020 [cited 10 December 2020]. Available from: https://www.ostomy.org/wp-content/uploads/2018/02/uoa_colostomy_esguide.pdf.
3. Ostomía: Definición, Indicaciones, Tipos e Instrucciones de Cuidado de Este Procedimiento Médico.
4. Arriba Salud [Internet]. Arriba Salud Vida Saludable. 2020 [cited 10 December 2020]. Available from: <https://arribasalud.com/ostomia/>.
5. Vázquez García M, Poca Prats T, DAE. Cuidados en Ostomías para Enfermería. [S.l.]: [s.n.]; 2015.
6. Heridas, úlceras y ostomias. [Place of publication not identified]: EDICIONES UC; 2018.

Capítulo 79

ENFERMERIA : INFECCIONES URINARIAS EN LA POBLACIÓN ANCIANA

ANA CRISTINA SERRANO GUDE

PILAR ZAMORA ALCÁZAR

CRISTINA OLMEDO PINTADO

PARASCHIVA AMBROZE

MARIA JOSE FERNANDEZ RELUCIO

1 Introducción

Las infecciones urinarias son las infecciones bacterianas más comunes entre la población anciana. Suelen estar relacionadas, en más de un 80% de los casos, con la presencia de una sonda vesical. Una mala asepsia en la técnica de colocación, demasiado tiempo colocada sin realizar un cambio, un mal cuidado o, simplemente, una deficiencia en las defensas del paciente, son algunas de las causas más comunes para ser susceptible de padecer una infección urinaria.

Las infecciones del tracto urinario son las infecciones más comunes que afectan a las personas durante su vida, tanto en el ámbito comunitario como en el hospitalario. Son más frecuentes en mujeres, sobre todo en las embarazadas, y en la población anciana.

En este rango de población, factores como la incontinencia urinaria conlleva el uso de pañales y, por muy buena que sea la higiene en estos casos, siempre aumenta el riesgo de padecer una infección urinaria, así como la toma de antibióticos y la dificultad en la movilidad, lo que puede ocasionar pérdidas de orina y, por tanto, un ambiente adecuado para las infecciones.

En el ámbito hospitalario, la causa más frecuente de infecciones del tracto urinario en estos pacientes es, sin duda, el sondaje vesical y el tratamiento asociado a este.

2 Objetivos

- Analizar las infecciones del tracto urinario en la población anciana.
- Describir las causas más comunes que pueden generar una infección urinaria.

3 Metodología

Se ha realizado una revisión bibliográfica de varios artículos en diferentes bases de datos, tales como Cuiden, Pubmed o Cochrane, además de ayudarnos del Google Scholar, seleccionando aquellos artículos e informaciones que más se adecuan a los objetivos de nuestro capítulo.

4 Resultados

Tomando como base nuestro objetivo, las infecciones urinarias en el ambiente hospitalario, aproximadamente un 80% de ellos están en relación con el sondaje vesical del paciente.

Podemos definir la infección urinaria en relación con el cateterismo vesical como aquella que se produce mientras el paciente está sondado o en las 72 horas siguientes tras la retirada de la sonda vesical. La mayoría de estas infecciones vienen causadas por una mala técnica estéril a la hora de proceder a sondar al paciente, si bien es cierto que otras circunstancias, tales como la disminución de la respuesta inmunológica en relación con la edad, la alteración de sus defensas naturales, la comorbilidad con otras enfermedades y el uso de otros fármacos durante su estancia hospitalaria, son factores importantes relacionados.

Hemos de recalcar que las infecciones del tracto urinario son más comunes en pacientes femeninos, debido en una mayor parte a tener una uretra más corta, lo que permite un contacto con el exterior más precoz, teniendo en cuenta que los

microorganismos principales causantes de infecciones suelen ser los propios del paciente, modificados por medicamentos tales como los antibióticos, además de aquellos debidos a la transmisión cruzada del personal sanitario. Estos patógenos pueden llegar a la vejiga por tres mecanismos: durante la inserción del catéter, por vía intraluminal a través de la luz de la sonda o por vía extraluminal, la más común de todas, donde los microorganismos pertenecen a la propia flora externa del paciente, pudiendo también ser microorganismos intestinales debido a la cercanía de ambos lugares.

Los principales síntomas asociados a una infección urinaria, cuando ya tenemos colocada una sonda vesical, son fiebre y dolor, si bien lo más claro para su diagnóstico es la piuria, para lo cual casi siempre es necesaria la realización de un urocultivo. En estos pacientes mayores pueden confundirse los síntomas debido a que muchas veces por sí misma la propia sonda vesical produce incomodidad, y a que muchos de estos pacientes no pueden expresar todo lo que sienten.

5 Discusión-Conclusión

Las infecciones del tracto urinario en relación con el sondaje vesical en la población anciana hospitalizada es una de las patologías más prevalentes.

Una mala asepsia en el momento de la colocación, una manipulación inadecuada, el exceso en el tiempo de inserción o las patologías del paciente y sus tratamientos, son varias causas posibles para esta manifestación de los pacientes.

En personas ancianas muchas veces son difíciles de diagnosticar debido a las propias limitaciones de la persona, ya que no identifican síntomas como la disuria, paliquiuria, etc., y es sólo cuando ya notan dolor o tienen fiebre, cuando podemos darnos cuenta de lo que sucede.

En definitiva, las infecciones del tracto urinario son una patología muy frecuente en los ingresos hospitalarios de personas mayores. Es difícil su control y suele aumentar la estancia hospitalaria de los pacientes, por lo que supone un aumento en el coste de los tratamientos.

Extremar las medidas de higiene es la principal medida que podemos tomar para tratar de reducir la incidencia de esta patología. Higiene tanto en el momento de la colocación de la sonda vesical como en todas las manipulaciones posteriores.

6 Bibliografía

1. Álvarez Barranco L.C. Infecciones de las vías urinarias en el Hospital Universidad del Norte. Salud Uninorte. 2007; 23 (1): 9 – 18.

2. Pigrau C. Infecciones del tracto urinario nosocomiales. *Enfermedades infecciosas y microbiología clínica*. 2013; 31 (9): 614 – 624.
3. Andreu A, Cacho J., Coira A, Lepe J.A. Diagnóstico microbiológico de las infecciones del tracto urinario. *Enfermedades infecciosas y microbiología clínica*. 2011; 29 (1); 52 – 57

Capítulo 80

ENFERMERÍA EN LA DETECCIÓN PRECOZ DE ENFERMEDADES CONGÉNITAS ENDOCRINAS Y METABÓLICAS

ANA CRISTINA SERRANO GUDE

PILAR ZAMORA ALCÁZAR

CRISTINA OLMEDO PINTADO

PARASCHIVA AMBROZE

MARIA JOSE FERNANDEZ RELUCIO

1 Introducción

Dentro de la prevención secundaria se encuentra el programa de detección precoz de enfermedades congénitas endocrinas y metabólicas llamado programa de cribado y es un instrumento primordial en salud pública.

Esta prueba se realiza durante el periodo neonatal para detectar en el recién nacido enfermedades que en ausencia de sintomatología pudiera producir problemas graves físicos, mentales o del desarrollo, y en los que un diagnóstico y tratamiento precoces, optiman significativamente su pronóstico.

Las primeras pruebas metabólicas se iniciaron en España a finales de los años

70, más concretamente, en Granada en el año 1968 y posteriormente se extendió su uso diagnóstico al resto del país. En un principio se centró en el cribado del hipotiroidismo congénito y la fenilcetonuria.

Aunque existen diferentes programas de cribado neonatal diseñados en función de la organización asistencial y recursos destinados a los programas de prevención en cada Comunidad Autónoma, todos ellos están reconocidos en los diferentes sistemas sanitarios, como programas esenciales de prevención en Salud Pública. Estos programas están integrados en la actividad asistencial de las diferentes unidades pediátricas (tanto en el ámbito de la atención primaria como especializada), por lo que no deben identificarse solo con un procedimiento técnico o de laboratorio, sino con una actividad coordinada del sistema sanitario que asegure su eficacia y eficiencia.

En la actualidad, en el cribado neonatal, se realiza una única determinación sanguínea a las 48 horas de vida. En España, está recomendado realizar el cribado neonatal en muestra de sangre impregnada en papel para, al menos, 8 entidades: hipotiroidismo congénito (HC), fenilcetonuria (PKU), deficiencia de acil CoA deshidrogenasa de ácidos grasos de cadena media (MACDD), deficiencia de 3-hidroxi acil CoA deshidrogenasa de ácidos grasos de cadena larga (LCHADD), aciduria glutárica tipo I (AG-1), deficiencia de biotinidasa (BTD), fibrosis quística (FQ) y anemia de células falciformes (AF) (2). La incorporación de la espectrometría de masas en tándem (MS/MS) posibilita ampliar los trastornos a cribar con una única determinación.

En determinadas situaciones de riesgo (prematuridad, gemelaridad y niños graves), debe hacerse una segunda determinación para disminuir, en lo máximo posible, el número de falsos negativos.

En este año 2021, se prevé incorporar otras enfermedades endocrinometabólicas. Así, el Ministerio de Sanidad va a iniciar el desarrollo de la nueva norma que se presentará al Consejo Interterritorial del SNS y que propone incorporar la homocistinuria y la enfermedad de la orina con olor a jarabe de arce.

2 Objetivos

- Conocer la prueba de toma de sangre del talón en neonatos por parte del equipo de enfermería de los centros hospitalarios

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

Instrucciones para la toma de la muestra de sangre del talón:

La toma de la muestra se realizara a partir de las 48 horas de vida del neonato, tras la ingesta de 24 horas de alimento.

Preparación:

1. Lavar bien las manos.
2. Preparación del material.
3. Emplear guantes exentos de polvo, que se cambiaran tras cada punción (si es necesario más de una punción).
4. Confirmar la identidad del neonato y asegurarse de que el formulario de datos está completo.

Toma de la muestra:

1. Coger al recién nacido en posición vertical. Posicionar la pierna del bebe por debajo del nivel del corazón para incrementar la presión venosa. Aplicar un suave masaje en el talón.
2. Desinfectar el talón con algodón o gasa estéril impregnada con clorhexidina o alcohol de 70° y secar posteriormente con otra gasa estéril o al aire. No utilizar soluciones yodadas o derivadas para desinfectar el talón porque son perjudiciales para el neonato y pueden alterar el resultado de la prueba. Nunca utilizar cremas anestésicas ni vaselina porque interfiere en el resultado de la prueba.
3. Aplicar un pequeño corte con el dispositivo de incisión en las caras lateral de la zona plantar del talón. Este dispositivo practica una incisión estandarizada amplia y delicada que penetra en el lecho capilar respetando gran parte de la inervación del tejido. Nunca utilizar agujas de uso intramuscular, intravenoso o subcutáneo ya que no disponen de un sistema de freno y la punción penetra más allá de la recomendación. Es una mala praxis que puede ocasionar lesiones en el neonato.

Se pueden utilizar técnicas de analgesia no farmacológica, como el amamantamiento, el contacto piel con piel o la administración de sacarosa oral.

4. Dejar que se forme espontáneamente la primera gota de sangre, que se retira con una gasa estéril (contiene fluidos tisulares que pueden diluir la muestra).
 5. Esperar a que se forme una gota grande de sangre. Impregnar el interior de los círculos de papel filtrante con una única gota (Tarjeta de Guthrie). La mancha debe empapar bien por ambos lados, de modo que sea igual por el anverso que por el reverso. La sangre debe recogerse de una sola vez (una sola gota por círculo). Cada laboratorio especificara el número de círculos de sangre que deben ser rellenados.
 6. Una vez finalizada la toma de muestra, elevar el pie del bebe y aplicar brevemente presión en la zona de punción mediante una gasa estéril hasta que se detenga el sangrado.
 7. Desechar todos los dispositivos empleados en la toma de la muestra en el contenedor específico..
 8. Dejar secar al aire en posición horizontal, durante un mínimo de 1 a 3 horas a temperatura ambiente, alejándola de cualquier foco de luz directa y de calor. Mandar a laboratorio dentro de las 24 -48 horas siguientes a la extracción.
- Posibles errores en la recogida de la muestra:
1. Insuficiente secado del alcohol de desinfección de la zona de punción.
 2. Punción en una zona no indicada, provocando el flujo de sangre inferior al necesario para recogida de la muestra.
 3. Apretar la zona de punción para aumentar el flujo de sangre puede provocar hemolisis y mezcla de fluidos tisulares.
 4. No mezclar sucesivas gotas sobre un mismo círculo. Si el flujo de sangre se reduce, se debe repetir la punción.
 5. No es válida la muestra recogida antes de las 48 horas de vida.

5 Discusión-Conclusión

El personal de enfermería, encargado de realizar la prueba, deberá estar formado y actualizado en los últimos progresos al respecto. De modo que conozcan y alcancen las competencias correspondientes para el abordaje de la técnica de forma adecuada.

El beneficio principal de esta prueba, es la prevención de discapacidades asociadas a las enfermedades cribadas mediante la detección precoz durante el periodo subclínico (Cuando aún no hay síntomas) y la instauración inmediata del tratamiento. Con el fin último de disminuir la incidencia de deficiencias psíquicas y físicas, disminuir la mortalidad y mejorar la calidad de vida de los sujetos que padecen las enfermedades a estudio.

Es importante matizar que no es un procedimiento diagnóstico definitivo, sino que identifica grupos de personas de alto riesgo. Los individuos que presenten un resultado positivo serán derivados a dispositivos asistenciales especializados para poder ofrecer un diagnóstico de certeza.

En España, continúan existiendo grandes diferencias en los programas de cribado neonatales en las diferentes comunidades autónomas.

6 Bibliografía

1- Cembranos del Castillo M, Solis Cienfuegos I. Prueba del talón en recién nacidos.

Tiempo de Enfermería y salud. 2017; 2(1):22-26.

2- Portal del Servicio de Salud de Castilla-La Mancha [sede web]. Toledo:

Dirección General de Salud Pública y Consumo; 2018 [acceso: 29 de marzo de 2021]. Técnica para obtención de la muestra. Disponible en: [https://www. castil-lalamancha.es/sites/default/files/documentos/pdf/20181205/ tecnica_obtencion_muestra.pdf](https://www.castil-lalamancha.es/sites/default/files/documentos/pdf/20181205/ tecnica_obtencion_muestra.pdf)

Capítulo 81

CRITERIOS DE CALIDAD EN PROMOCIÓN DE LA SALUD

M. DOLORES BAOS ARANDA

JOSE ESTEBAN ZAPATA LOPEZ

NATALIA DEL FRESNO LÓPEZ

VICTAR ARCOS CIORRAGA

NOELIA DELGADO ARROYO

1 Introducción

Para diseñar un proyecto de "promoción de la salud" se hace necesario no sólo diseñar una serie de actividades sino además contar con un marco teórico y metodológico claro, para poder obtener resultados.

Los proyectos de intervención necesitan que tanto la planificación como la gestión se lleven a cabo según una secuencia bien establecida, que empieza con una estrategia determinada, que conlleva la idea de una acción concreta, que luego se formula, se ejecuta y se evalúa para mejorar la estrategia. También es necesario tener presente la manera de evaluarla, ya que será la única forma de conocer si nuestro proyecto ha tenido o no el éxito perseguido.

La planificación estratégica en promoción de la salud hace énfasis en la inclusión de objetivos que permitan la monitorización y evaluación del programa.

Evaluar la calidad en promoción de la salud, marca el paso a una fase más consciente y concreta, ayudándonos a valorar el nivel de eficacia y de eficiencia de

los programas y a incorporar procesos cada vez más rigurosos desde el punto de vista científico en el ámbito de la prevención.

Un programa de salud se describe como un grupo coordinado de actividades o servicios, organizados dentro de un marco de tiempo en particular dirigidas a modificar una situación que afecta a un segmento específico de la población y que constituye una herramienta esencial para la promoción de intervenciones preventivas basadas en evidencias.

Por tanto, también es un instrumento para ayudar a mejorar los programas en todos sus aspectos importantes, incluyendo el diagnóstico de los problemas a los que se dirigen, su conceptualización, diseño, su implementación y administración, sus resultados y su eficiencia.

La creciente complejidad de las intervenciones de la promoción de la salud, presenta considerables retos metodológicos. Las iniciativas incluyen cada vez más las estrategias múltiples que funcionan a niveles múltiples lo que hace que diseñar y conducir evaluaciones de calidad apropiadas se haga extremadamente difícil. Es debido a esta dificultad, que los programas de salud requieren enfoques más precisos y deben estar mejor diseñados para la evaluación de la calidad de la atención en este nivel.

Desde este contexto, nace la necesidad de elaborar unos criterios de calidad para la Red, ante tantos escenarios y proyectos diferentes.

La definición de criterios propios hace posible establecer la identidad de los proyectos y la Red, desarrollar modelos de buena práctica y proponer sistemas de mejora de la calidad. Suponen una herramienta para facilitar el proceso de conceptualización, diseño, ejecución, y evaluación de proyectos.

En ocasiones, en el diseño de los proyectos de Promoción de la salud, se enumeran múltiples objetivos y actividades que no se corresponden y que no están diseñados de manera orientada a los beneficiarios y en los que no se tiene claro desde el principio cuáles son los resultados a alcanzar tras las intervenciones diseñadas. Por ello, se hace imprescindible la utilización de estos criterios para poder evitar dichos obstáculos a la hora de planificar y ejecutar los proyectos, siempre teniendo en mente que el objetivo último de los mismos es capacitar a una población para conseguir mejorar en su estado de salud.

El documento "Criterios de calidad en Promoción de la salud" tiene como meta mejorar la calidad de las operaciones de los proyectos y proporcionar toda una serie de informaciones imprescindibles y muy valiosas a tener en cuenta en el diseño, configuración, ejecución y evaluación del proyecto de manera estructurada

y simple

2 Objetivos

Los objetivos de este trabajo son:

- Estudiar la implantación de la evaluación de la calidad en promoción de la salud en España.
- Evaluar los indicadores más empleados en la evaluación de la calidad.

3 Metodología

Se trata de una reseña sobre el texto “Criterios de calidad en promoción de la salud”, un texto de 2007. La publicación revisa el proceso realizado en la Comunidad Autónoma de Aragón respecto a la evaluación de proyectos de educación y promoción de la salud y su relación con el planteamiento de mejora de calidad aplicada a la promoción de la salud aportando los principios y criterios de calidad consensuados que rigen el funcionamiento de la Red Aragonesa de Proyectos de Promoción de Salud y el desarrollo de los proyectos integrados en ella.

Se hace un análisis de su estructura y contenido y una revisión bibliográfica posterior sobre distintos aspectos relacionados con este tema. Se analizan la existencia de la evaluación de la calidad en promoción de la salud y su configuración en las diferentes CC.AA., administraciones locales, fundaciones, sociedades científicas, escuelas de salud pública y entidades sociales: así como artículos científicos sobre la eficacia de la evaluación en promoción de la salud, en castellano e inglés, sin restricción de tiempo.

El material localizado ha sido sometido a lectura crítica con análisis de contenido simple, estudiando estrategias de mejora.

4 Resultados

Se identifican 6 principios que aportan calidad a un proyecto de promoción de la salud:

1. Modelo de educación y promoción de la salud compartido.
2. Participación de las personas y grupos implicados.
3. Desarrollo de un equipo interdisciplinar.
4. Formación y capacitación de los diferentes agentes.
5. Análisis y adaptación al contexto.

6. Metodología de planificación, de evaluación y educativa.

1. Modelo de educación y promoción de la salud

La calidad va en conjunto con el éxito en promoción de salud, habiendo consensuado y debatido aspectos esenciales. Existen tres elementos básicos para fomentar los proyectos de calidad:

- Concepción global y amplia de la salud. Hay que tener en cuenta las dimensiones física, mental y social que están relacionadas con el concepto de calidad de la vida oponiéndose a los factores biomédicos.
- Integración y origen en políticas de salud pública orientadas a la participación. Buscando apoyos y reforzando las líneas de actuación y estrategias.
- Coordinación intra e intersectorial. Mediante apoyo institucional para motivar al equipo y sus actuaciones.

2. Participación de las personas y grupos implicados

Las personas implicadas deben participar en todas las fases ya que la implicación proporciona calidad y eficacia. Dicha participación presenta dos niveles: la del grupo de profesionales que promueve la iniciativa y otros voluntarios y resto de la población con la que se trabaja.

Ambos niveles deben partir de una base de saber sobre la salud, uniendo experiencia y conocimiento. Se pretende que la gente participe de forma continua y con una implicación real para conseguir la emponderación del grupo.

Hay que tener en cuenta a las consideraciones éticas para evitar posibles manipulaciones. Los principales interrogantes de un proyecto: “por qué” (motivación), “para qué” (objetivos), “con quién” (agentes y grupos) y “cómo” (estrategias) deben permanecer explícitos y ser formulados con el mayor consenso posible.

3. Desarrollo de un equipo interdisciplinar

El equipo de trabajo es un requisito para desarrollar una intervención de promoción de la salud al asegurar la interdisciplinariedad y promueve una orientación global, proporcionando calidad a las intervenciones. Sin embargo la heterogeneidad del grupo pueden ocasionar problemas (lenguaje, horarios, roles, etc.), requiriendo mayor coordinación. El coordinador del equipo debe potenciar la comunicación y confianza dentro del grupo.

Se debe garantizar la distribución de funciones, responsabilidades y el control de los procesos puestos en marcha por el proyecto.

4. Formación y capacitación de los diferentes agentes.

La calidad de una intervención está relacionada con la capacitación y formación de los agentes implicados, siendo muy importante partir de una formación base en educación para la salud (formando a los miembros, facilitando instrumentos, el propio aprendizaje por la práctica, etc.).

5. Análisis y adaptación al contexto

La integración es uno de los requisitos en los objetivos y dinámica de los centros promotores y colaboradores.

La coordinación de las acciones es un importante elemento de calidad que condiciona los tiempos y ritmos de la intervención. El proyecto debe buscar la globalidad y el sentido de la intervención integrando y reforzando a las políticas de salud y calidad.

6. Metodología de planificación, de evaluación y educativa

Aunque la planificación sea rigurosa debe ser sensible a los cambios teniendo flexibilidad para tener capacidad de reacción. El mejor sistema es adoptar un modelo de acción-reflexión-acción; lo que permite un equilibrio entre la planificación, intervención y evaluación.

El análisis de las necesidades y recursos será crítico y abierto para detectar las necesidades y buscar las oportunidades de intervención. Los objetivos y estrategias que se propongan serán claros, coherentes, realistas, secuenciados y consensuados. La metodología educativa debe contar con las experiencias previas de los participantes. La evaluación estará integrada en todas las fases del proyecto con criterios e indicadores razonables con el trabajo desarrollado debiendo permitir la reformulación y el perfeccionamiento del proyecto.

La previsión de recursos suficientes es un requisito de viabilidad de una intervención pudiendo influir sobre la calidad de ésta.

Los principios de calidad de un proyecto tipo se basan en 6 ejes:

- Modelo de educación y promoción de la salud: Concepción global y amplia de salud que promueva la autonomía. Integración en políticas de salud orientadas a la participación. Coordinación intra e intersectorial. Apoyo institucional.
- Participación: Intervención activa y constante en todas las fases del proyecto. Respeto a la competencia de la comunidad. Construcción conjunta del saber de salud. Principios éticos que eviten la manipulación. Satisfacción del equipo y de la comunidad.
- Equipo: Será interdisciplinar integrando personas de la comunidad y que tenga continuidad. Equilibrio entre trabajo externo y dinámica de equipo. Reflexión, autocrítica y visión dinámica de los procesos.

- Formación: Capacitación específica en educación para la salud. Formación permanente, consensuada y adaptada a las necesidades cambiantes del proyecto, orientada a revisar prejuicios, modificar actitudes y comportamientos y adquirir habilidades. Formación como un proceso de trabajo de equipo. Autoformación.
- Contexto: Integración en los objetivos de los centros promotores. Capacidad para activar y coordinar los recursos comunitarios. Repercusión y cambios propiciados en la comunidad. Carácter global, integración en la vida de la comunidad.
- Metodología: Procesos de acción-reflexión-acción. Equilibrio entre planificación, intervención y evaluación. Evaluación continua. Metaevaluación. Flexibilidad y capacidad de adaptación. Análisis crítico de la realidad: demandas, necesidades, recursos. Objetivos claros, realistas, secuenciados y consensuados. Planteamientos innovadores y métodos participativos y grupales. Análisis de los factores condicionantes.

Para evaluar estos aspectos, en este proyecto se definen diecisiete criterios de calidad, que guían la mejora continua de los proyectos. Los 17 criterios están agrupados en dos bloques: a) Criterios de calidad de las prácticas de educación y promoción de la salud (once criterios). b) Criterios de calidad en el diseño, puesta en marcha, desarrollo y evaluación de un proyecto (seis criterios). a) Criterios de calidad de las prácticas de Educación y Promoción de la Salud

Los once criterios de calidad se clasificaron de acuerdo con las cinco áreas de acción definidas en la Carta de Ottawa:

1. Construir una política pública saludable: 2 criterios:

- Criterio 1: Defensa activa de la salud para promover una voluntad política favorable a la educación y promoción de la salud en el ámbito local y/o general.
- Criterio 2: Intersectorialidad y cooperación entre diversos sectores y entidades relacionadas con la promoción de salud del nivel local y/o general.

2. Crear entornos que apoyen la salud: 2 criterios:

- Criterio 3: Interacción e influencia en el ambiente físico y/o social donde se realiza la intervención propiciando un clima positivo.
- Criterio 4: Orientación global e interdisciplinar del proyecto potenciando la interacción de estrategias en diferentes ámbitos/escenarios.

3. Fortalecer la acción comunitaria: 3 criterios:

- Criterio 5: Activación de procesos de participación de los diferentes miembros implicados en el proyecto mediante sensibilización, motivación y toma de conciencia.-Criterio 6: Activación y sinergia del proyecto con los recursos comunitarios y redes sociales.
- Criterio 7: Apoyo al desarrollo y organización comunitaria y coordinación de la comunidad.

4. Desarrollar las aptitudes personales: 2 criterios.

-Criterio 8: Promover el desarrollo de capacidades personales (sentido crítico, comunicación interpersonal y grupal, autoestima, resolución de conflictos) orientadas hacia la autonomía y toma de decisiones libres y conscientes sobre la salud personal y social.

-Criterio 9: Partir de un análisis crítico de los problemas de salud y fomentar la búsqueda de soluciones (observación y toma de conciencia de la propia realidad) promoviendo acciones dentro del contexto concreto. El primer paso para el cambio es tomar conciencia de los problemas y necesidades.

5. Reorientar los servicios: 2 criterios:

-Criterio 10: Integración de la educación y promoción de la salud en los objetivos y dinámica de los servicios socio-sanitarios y educativos, facilitando la continuidad de las actuaciones.

-Criterio 11: Cambio y transformación de las instituciones que respaldan la iniciativa, respecto a su cultura organizativa, metodología de trabajo y funcionamiento.

En la Conferencia de Yakarta (OMS, 1997) se demostró que los enfoques globales para el desarrollo de la salud son los más efectivos. Aquellos que usan combinaciones de las cinco estrategias son más efectivos que los enfoques de vía única.

b) Criterios de calidad en el diseño, puesta en marcha, desarrollo y evaluación de un proyecto

Los seis criterios siguientes deben asegurar la coherencia con la promoción de la salud y la pertinencia e idoneidad de la iniciativa.

-Criterio 12: El proyecto debe ser coherente con el modelo de promoción y educación para la salud:

- Concepto de salud integral
- Enfoque de capacitación
- Reconocimiento de la dignidad y libre elección de las personas implicadas

El proyecto debe tener un enfoque integral de las dimensiones de la salud. La finalidad debe ser la capacitación y empoderamiento de las personas o comunidades a que se dirige, teniendo presente los principios éticos que eviten la manipulación de la intervención y que garanticen un enfoque de equidad.

-Criterio 13: La intervención debe ser pertinente y relevante en relación con:

- Las necesidades, problemas y demandas de la comunidad, colectivos y/o personas implicadas.
- La coherencia con el análisis de contexto y de las oportunidades del entorno.
- La idoneidad de los recursos materiales y humanos.

- Criterio 14: Programación flexible adaptada a la realidad que contemple unos objetivos coherentes cuyo seguimiento y supervisión estratégica estén realizados por un equipo multidisciplinar.
- Criterio 15: Idoneidad metodológica que facilite el desarrollo de las actividades y la participación (metodología de programación y evaluación y metodología educativa).
- Criterio 16: Innovación y creatividad en los procesos desarrollados como resultado de un buen clima de trabajo y de la activación de los recursos.
- Criterio 17: Satisfacción del equipo de trabajo y la comunidad a la que se dirige el proyecto. Relacionadas con los logros obtenidos y con el proceso y el clima desarrollados. En la comunidad, la satisfacción de las expectativas se analiza valorando la evolución desde las existentes al inicio del proyecto con las producidas durante el desarrollo del mismo.

5 Discusión-Conclusión

La evaluación y la calidad están relacionados, siendo complementarios e interactuando. El enfoque sobre la educación y la promoción de la salud influyen en el modelo de evaluación.

Las dificultades que encontramos para realizar evaluaciones adecuadas son:

- La naturaleza interdisciplinar de la promoción de la salud.
- Influencias socio-culturales.
- Influencias estructurales.
- Escasez de recursos financieros.
- Falta de recursos metodológicos (literatura)

Existen diferentes formas de valorar la eficacia y efectividad de las iniciativas de educación para la salud, además la calidad en promoción de salud tiene ciertos aspectos diferenciales.

Cualquier iniciativa sobre calidad debe ser coherente con los principios de la promoción de la salud. El proceso de calidad debe favorecer la participación de todas las partes implicadas. La calidad de una intervención debe valorar la metodología de planificación, desarrollo y evaluación así como analizar la forma de aplicación de los valores y principios de la promoción de la salud.

La calidad de un proyecto está directamente relacionada con la existencia de un equipo fuerte, competente, multiprofesional, interdisciplinar e intersectorial, y la evaluación y los procesos de mejora de calidad deben hacerse de forma específica y única para cada intervención.

El desarrollo de unos principios, normas y criterios generales sobre calidad y evaluación en promoción de la salud puede:

- Evitar prácticas inadecuadas de educación y promoción de la salud.
- Favorecer la efectividad y eficiencia de las iniciativas de promoción de la salud.
- Justificar el apoyo financiero a unas prácticas adecuadas de promoción de la salud.
- Fomentar el desarrollo de un cuerpo de conocimiento técnicos y experiencias sobre evaluación y calidad reconocidas.

6 Bibliografía

- García, M. I. Á. La evaluación de la calidad en la atención primaria a la salud. Consideraciones teóricas y metodológicas. Horizonte Sanitario, 2014. 9(1), 9-19.
- Antonio, S. y Fernando, V. Á. Promoción de la salud en la comunidad. Editorial UNED. 2014.
- Cerqueira, M. T., León Nava, F., y Torre, A. Evaluación de la promoción de la salud: principios y perspectivas. OPS. 2007.
- Gómez, R., y González, E. Evaluación de la prevención de la enfermedad y la promoción de la salud: factores que deben considerarse. Facultad Nacional de Salud Pública, 2009.22(1).
- Fernández, R. C., Muñoz, B. Á., Rodríguez, S. F., y Alba, R. H. Promoción de la salud basada en la evidencia: ¿ realmente funcionan los programas de salud comunitarios?. Atención primaria, 2005 35(9), 478-83.
- Scoppetta, O. Discusión sobre la evaluación de impacto de programas y proyectos sociales en salud pública. Universitas Psychologica, 2006. 5(3), 695-704.
- Nebot, M. Evaluación en salud pública: ¿ todo vale?. Gaceta Sanitaria, 2007.21(2), 95-96.
- Carvalho, S. R. Promoción de la Salud,” empowerment” y educación: una reflexión crítica como contribución a la reforma sanitaria. Salud colectiva, 2008.4(3), 335-47.

Capítulo 82

MANEJO Y TRATAMIENTO DE LA NEUMONÍA EN URGENCIAS PEDIÁTRICAS DE ATENCIÓN PRIMARIA

M. DOLORES BAOS ARANDA

JOSE ESTEBAN ZAPATA LOPEZ

NATALIA DEL FRESNO LÓPEZ

VICTAR ARCOS CIORRAGA

NOELIA DELGADO ARROYO

1 Introducción

La neumonía es una infección aguda del parénquima pulmonar con inflamación y ocupación del espacio aéreo y/o intersticial. En este caso nos centraremos en la neumonía adquirida en la comunidad (NAC), que es la que se da en niños no hospitalizados.

La presentación clínica puede variar en función de la etiología, y esta vendrá determinada en parte por la edad del niño.

Este tipo de infección puede o no cursar con fiebre. En niños muy pequeños produce palidez, tiraje subcostal y labios cianóticos. Las sibilancias se producen

sobre todo en las neumonías víricas. También puede producir tos y dolor en el pecho. Los lactantes más graves pueden sufrir hipotermia, convulsiones o pérdida de consciencia.

Los principales agentes responsables son los virus, sobre todo en los menores de 2 años, y el *Streptococcus pneumoniae* es la principal causa de neumonía bacteriana a cualquier edad.

En los pacientes de más de 4-5 años con presentación clínica atípica, el *Mycoplasma pneumoniae* y la *Chlamydia pneumoniae* son los más frecuentes.

La Rx de tórax no es imprescindible, pero ayuda al diagnóstico siendo recomendable si la clínica es ambigua, si hay hipoxemia, dificultad respiratoria o sospecha de complicación, si no hay una adecuada respuesta al tratamiento o si se trata de una neumonía recurrente.

2 Objetivos

Los principales objetivos que se persiguen con el manejo de esta patología en el ámbito de la atención Primaria son:

- Determinar márgenes de actuación valorando las posibilidades de los centros de Atención Primaria.
- Unificar pauta y tratamientos de manera que la atención hospitalaria suponga la continuación de una terapéutica iniciada en la primera línea asistencial.

3 Caso clínico

Paciente de 4 años de edad que consulta por fiebre de 39,6°C, tos, mocos y un vómito aislado de unas 24 horas de evolución.

La exploración física es normal. Se aconseja tratamiento sintomático con antitérmicos.

Vuelve al día siguiente por persistencia de la fiebre.

TEP normal respecto al aspecto y la circulación evidenciándose una leve polipnea. Se determina estado de dificultad respiratoria leve no considerándose necesario la administración de oxígeno.

En la exploración, la auscultación respiratoria detecta hipoventilación y crepitantes en la base pulmonar derecha. La saturación de hemoglobina es del 98%. Se realiza una radiografía de tórax observándose una condensación neumónica en el lóbulo basal derecho.

Se prescribe amoxicilina a 80 mg/kg/día, en 3 dosis y tratamiento sintomático de la hipertermia. Se remite a domicilio.

A las 48 horas de iniciar el tratamiento ya está sin fiebre y ha mejorado el estado general. Se sigue el tratamiento hasta cumplir los 10 días y se da de alta con clínica y auscultación normalizadas

MANEJO Y TRATAMIENTO

El tratamiento de las NAC puede ser ambulatorio en los pacientes de más de 6 meses de edad, que no presenten gravedad clínica o radiológica, sin patología de base, que toleren bien por vía oral y que se considere que la familia hará un seguimiento adecuado.

Los criterios de gravedad para aconsejar derivación hospitalaria son:

- Dificultad respiratoria moderada-grave (> 70 resp/min en < 1 año y > 50 resp/min en niños mayores, retracciones, aleteo nasal, apnea, gemido espiratorio),
- Hipoxemia ($\text{SatHb} < 92\%$)
- Complicaciones en la Rx (afectación radiológica extensa de más de un lóbulo, derrame pleural, neumonía necrotizante, cavitada, absceso pulmonar)

El tratamiento general de las neumonías debe incluir:

- oxígeno si el enfermo presenta dificultad respiratoria y/o hipoxemia.
 - Tratamiento del dolor y la fiebre con paracetamol y/o ibuprofeno,
 - Administrar líquidos por vía oral frecuentemente y en pequeñas cantidades.
- Está contraindicado dar en los casos de neumonía codeína y/o antihistamínicos, especialmente en los pacientes más pequeños.

El tratamiento específico dependerá de la sospecha etiológica:

- En la NAC TÍPICA con sospecha de etiología bacteriana estará indicada la amoxicilina a 80-90 mg/kg/día, dosis máxima 4 g/día durante 7-10 días. Se debe prescribir amoxicilina-clavulánico a 80-90 mg/kg/día a los pacientes no vacunados o aquellos con vacunación incompleta para *Haemophilus influenzae*. Los alérgicos a penicilinas se tratarán con macrólidos (misma pauta de NAC atípica).
- En la NAC ATÍPICA en niños mayores de 4-5 años se recomienda tratamiento con claritromicina a 15 mg/kg/día durante 10 días o azitromicina a 10 mg/kg/día durante 5 días, en caso de intolerancia a la claritromicina.
- A los niños más pequeños, con clínica de NAC atípica, en los que son más frecuentes los virus, no es necesario tratamiento antibiótico, especialmente en los de menos de 2 años con manifestaciones leves de infección de vías respiratorias bajas y vacunación correcta para neumococo y *Haemophilus influenzae*, siempre y cuando el seguimiento esté garantizado.

Es aconsejable realizar un control clínico a las 48-72 horas. Si persiste la fiebre,

plantearse añadir o cambiar el antibiótico y si ha habido empeoramiento clínico valorar la derivación hospitalaria.

No es necesaria Rx de tórax de control si la respuesta clínica es buena y al finalizar el tratamiento está asintomático y con exploración física normal.

La Rx de tórax de control hay que reservarla en caso de complicaciones, persistencia de los síntomas y en las neumonías recurrentes

4 Discusión-Conclusión

La exposición de un caso real nos permite constatar la aplicación práctica del protocolo de actuación ante neumonía en Atención Primaria. El interés de este tema se centra en el manejo y tratamiento de la fase aguda de la neumonía en el ámbito de la Atención Primaria así como las condiciones de derivación hospitalaria.

En conclusión, cuando hay respuesta clínica positiva al tratamiento antibiótico ambulatorio por vía oral no es preciso un control analítico o radiológico.

Si no hay respuesta clínica inicial, hay que remitir al hospital para la realización de exploraciones y pruebas complementarias básicas y valorar el ingreso hospitalario

5 Bibliografía

- Hernández Bou S, Fernández de Sevilla M. Neumonía y derrame pleural. En: Pou i Fernández J. Urgencias en pediatría. Protocolos diagnóstico-terapéuticos Hospital Universitario Sant Joan de Déu. 5ª Edición. Madrid:Ergon; 2014: p. 151-156.
- Moreno Pérez D, Andrés Martín A, Tagarro García A, Escribano Montaner a, Figuerola Mulet J.J, García García A, Moreno Galdó A et al. Neumonía adquirida en la comunidad: tratamiento ambulatorio y prevención. An Pediatr. 2015;83:439.
- Sanz Borrell L, Chiné Segura M. Neumonía y neumonía recurrente. Pediatría Integral 2016, XX (1): 38-50.

Capítulo 83

INTERVENCIÓN EMOCIONAL EN PACIENTE CON PROBLEMAS MENTALES

AREY GOMEZ MENENDEZ

1 Introducción

La autoestima se define como la valoración que el sujeto hace de su autoconcepto, de aquello que conoce de sí mismo e incluye juicios de valor sobre la competencia de uno mismo y los sentimientos asociados a esos juicios, diferenciando cuando ha de aceptarlos o modificarlos. Diversos autores han señalado la importancia de una autoestima positiva para el mantenimiento de la salud física y mental y durante la última década, la autoestima ha pasado a ocupar un lugar relevante en los modelos psicológicos de la esquizofrenia.

Las personas con esquizofrenia con baja autoestima son más proclives a presentar depresión, tienen menor motivación (a menudo confundido con un síntoma negativo primario), tienden al aislamiento como mecanismo de defensa, sufren dificultades para la adaptación y afrontamiento del estrés, y tienen más riesgo de sintomatología psicótica.

La esquizofrenia es una enfermedad cerebral grave. Las personas que la padecen pueden escuchar voces que no están allí. Ellos pueden pensar que otras personas quieren hacerles daño. A veces no tiene sentido cuando hablan. Este trastorno hace que sea difícil para ellos mantener un trabajo o cuidar de sí mismos.

Los síntomas de la esquizofrenia suelen comenzar entre los 16 y 30 años. Los hombres a menudo desarrollan síntomas a una edad más temprana que las mujeres. Por lo general no se desarrolla después de los 45 años. Hay tres tipos de síntomas:

- Síntomas psicóticos distorsionan el pensamiento de una persona. Estos incluyen alucinaciones (ver o escuchar cosas que no existen), delirios (creencias que no son ciertas), dificultad para organizar pensamientos y movimientos extraños
- Síntomas "negativos" hacen que sea difícil mostrar las emociones y tener una conducta normal. Una persona puede parecer deprimida y retraída.
- Síntomas cognitivos afectan el proceso de pensamiento. Estos incluyen problemas para usar información, la toma de decisiones, y prestar atención.

No se conoce la causa de la esquizofrenia. Sus genes, el medio ambiente y la química del cerebro pueden tener un rol.

No hay cura. Los medicamentos pueden ayudar a controlar muchos de los síntomas. Es posible que deba probar diferentes medicamentos para ver cuál funciona mejor. Deben permanecer en tratamiento durante el tiempo que su médico lo recomienda. Los tratamientos adicionales pueden ayudarle día a día a lidiar con la enfermedad. Estos incluyen la terapia, educación familiar, la rehabilitación y la capacitación profesional.

El tratamiento de la esquizofrenia es farmacológico, principalmente con neurolépticos o antipsicóticos. Se diferencian dos tipos de antipsicóticos:

- Los clásicos: la clorpromazina, el haloperidol o la tioridazina.
- Los neurolépticos atípicos: clozapina, risperidona, olanzapina, ziprasidona o quetiapina

Ambos grupos tienen en común la capacidad de corregir desequilibrios de los neurotransmisores, sobre todo la dopamina, y aliviar los síntomas positivos. Sin embargo, los neurolépticos atípicos tienen especial capacidad de conseguir el desequilibrio del neurotransmisor serotonina. A ello se ha asociado la efectividad de este tipo de neurolépticos sobre los síntomas negativos. Los neurolépticos atípicos tienen además la ventaja de producir menos efectos secundarios.

En casos muy concretos, como la escasa respuesta al tratamiento con medicamentos, con grave riesgo de suicidio o agresión hacia otros, en el subtipo de esquizofrenia catatónica puede estar indicado el tratamiento con electroshock. Pese a su mala prensa, las condiciones de aplicación actual del electroshock hacen que sea un procedimiento seguro, además de muy eficaz.

Los tratamientos antipsicóticos han permitido que, en la mayor parte de los casos, el paciente con esquizofrenia pueda vivir en comunidad. Es extraordinariamente importante aprovechar esta posibilidad y combinar el tratamiento farmacológico con una serie de medidas destinadas a que el paciente esté ocupado y activo.

Estas medidas constituyen lo que se denomina terapia psicosocial. Precisa de mecanismos asistenciales como por ejemplo, talleres ocupacionales, centros de día, centros de salud mental y grupos de autoayuda.

El diálogo entre paciente con esquizofrenia y el médico puede ser un instrumento terapéutico importante, si tiene como fin que el enfermo conozca su patología. El médico le puede enseñar a convivir con la patología y a utilizar sus propios recursos psicológicos y ajenos -familia, amigos, apoyo-, para acercarse más a su entorno.

Por otra parte, es importante que el psiquiatra informe tanto al paciente como a los familiares con los que convive sobre las características sintomáticas de la enfermedad y les ayude a distinguir cómo se han manifestado en su caso particular, con vistas a prevenir o intervenir en caso de reagudización. También es importante que el psiquiatra informe sobre los tratamientos antipsicóticos, sus efectos y ventajas, y los posibles efectos adversos.

Además es necesario que el psiquiatra ayude al enfermo y allegados a que consigan una comunicación adecuada en el medio familiar. Otras técnicas de psicoterapia individual, por ejemplo las de tipo psicoanalítico, no parece ser eficaces en la esquizofrenia.

El pronóstico de esta patología es complicado y depende de cada caso. Sin embargo, en la mayoría de los pacientes los síntomas mejoran con el tratamiento farmacológico. Cuando se abandona los síntomas suelen reaparecer.

Los expertos señalan que los esquizofrénicos tienen más riesgo de:

- Tener problemas con el alcohol y las drogas. Además, su consumo incrementa las posibilidades de que reaparezcan los síntomas.
- Desarrollar otras enfermedades debido al estilo de vida inactivo.
- Tener efectos secundarios por los medicamentos.
- Suicidio.

La elección de este tema viene motivada por la alta prevalencia de baja autoestima en los pacientes con esquizofrenia que atiendo en la consulta de Enfermería de la Unidad de Salud Mental (USM) en la que desempeño mis funciones, y en el interés de abordar este aspecto, por la importante repercusión que puede producir en el estado clínico y en el funcionamiento global del paciente. En este contexto, se realizó este trabajo de intervención enfermera cuyo objetivo fue la elaboración e implementación de un plan de cuidados en una paciente con Esquizofrenia y baja autoestima crónica, así como la evaluación de sus resultados.

2 Objetivos

Describir la intervención emocional a pacientes con problemas mentales a propósito de un caso

3 Caso clínico

Plan de cuidados

Fecha de recogida de datos: 21 de Enero 2022.

Presentación del caso: Mujer de 38 años, separada, pensionista, con diagnóstico de Esquizofrenia paranoide que es atendida en una USM por un equipo interdisciplinar: Psiquiatra, Enfermera y Trabajadora Social.

Antecedentes psiquiátricos y/o psicológicos. Curso de la enfermedad: No ingresos hospitalarios en la Unidad de Agudos de Psiquiatría. En el año 1997 inicia seguimiento por la USM por un episodio de celotipia que evoluciona favorablemente y se procede al alta cinco meses más tarde. Reinicia seguimiento en el año 2002 por aparición de sintomatología psicótica con episodio alucinatorio e ideación delirante erotomaniaca y de perjuicio estableciéndose el diagnóstico de Esquizofrenia paranoide. En el año 2004, sufre una recaída en relación a abandono del tratamiento, pero tras este episodio se mantiene estabilidad clínica y su funcionamiento global es bueno. En el 2007 reaparecen de nuevo síntomas psicóticos que se mantienen en el tiempo. A finales del 2008 pierde su trabajo y comienza con una etapa de retraimiento social, descuido personal, ánimo depresivo, incumplimiento del tratamiento farmacológico precisando de la ayuda familiar para las actividades de la vida cotidiana y es en ese momento cuando la paciente inicia seguimiento con Enfermería y se decide su derivación a UME (Unidad de Media Estancia), permaneciendo ingresada desde Abril hasta Septiembre de 2009. El alta se produce por una evolución favorable de la paciente y desde este dispositivo se realiza derivación a Centro de día de rehabilitación psicosocial con el objetivo de continuar el trabajo de rehabilitación a donde acude actualmente. Pero poco tiempo después del alta de UME, se evidencia nueva descompensación psicótica. La situación clínica de la paciente ha sido desfavorable en los últimos años y durante el 2022 ha existido un agravamiento de sintomatología psicótica y escasa respuesta a los reajustes de tratamiento, por lo que en Junio se inicia tratamiento con Clozapina con el compromiso por parte de su familia, de la supervisión estrecha del tratamiento y de los controles analíticos, y por el momento se aprecia mejoría clínica. Antecedentes orgánicos: Obesidad grado I y dislipemia.

No alergias conocidas. Tratamiento médico: Farmacológico:

Clozapina 200 mg 0-1-1+1/2 y psicoterapéutico.

Valoración:

1. Necesidad de respirar normalmente.

Manifestación de independencia: No fuma.

Manifestación de dependencia: No se observan.

Datos de interés: No se observan.

2. Necesidad de comer y beber de forma adecuada.

Manifestación de independencia: Ingesta hídrica adecuada (alrededor 1.5 litros/día).

Manifestación de dependencia: Apetito aumentado, picotea entre horas. Su dieta habitual es: desayuno (leche con cola-cao), almuerzo (preferencias por los fritos, bocadillos y en algunas ocasiones, una pieza de fruta) y cena (leche con cola-cao).

Datos de interés: Obesidad grado I. En numerosas ocasiones, ha tomado la decisión de seguir una dieta pero se cansa y la deja. Actualmente tiene interés en perder peso.

3. Necesidad de eliminar por todas las vías corporales.

Manifestación de independencia: Defeca habitualmente una vez al día, heces blandas y sin esfuerzo. Micción: 5-6 veces al día de color claro y olor normal.

Manifestación de dependencia: No se observan.

Datos de interés: Menstruaciones regulares. Revisiones ginecológicas periódicas.

4. Necesidad de moverse y mantener una postura adecuada.

Manifestación de independencia: Camina una hora diaria. Realiza ejercicio físico 2 veces en semana en el Centro de Día.

Manifestación de dependencia: No se observan.

Datos de interés: Le gusta caminar y hacer deporte.

5. Necesidad de dormir y descansar.

Manifestación de independencia: Duerme alrededor de siete horas. Sueño reparador.

Manifestación de dependencia: No se observan.

Datos de interés: No hace siestas.

6. Necesidad de elegir ropas adecuadas, vestirse y desvestirse.

Manifestación de independencia: Elige ropa y calzado adecuado. Viste ropa cómoda.

Manifestación de dependencia: No se observan.

Datos de interés: No se observan.

7. Necesidad de mantener la temperatura corporal dentro de los límites normales, adecuando la ropa y modificando el ambiente.

Manifestación de independencia: Se adapta bien a cambios de temperatura.

Manifestación de dependencia: No se observan.

Datos de interés: No se observan.

8. Necesidad de mantener la higiene corporal y la integridad de la piel.

Manifestación de independencia: Aspecto limpio y aseado. Ducha diaria.

Manifestación de dependencia: No se observan.

Datos de interés: Preocupación por su aspecto físico.

9. Necesidad de evitar los peligros ambientales y evitar lesionar a otras personas.

Manifestación de independencia: Practica Chi-kung (terapia complementaria) a diario para el manejo de la ansiedad. No conductas auto-heteroagresivas.

Manifestación de dependencia: Desde hace años, manifiesta autoestima baja, con sentimientos negativos de inferioridad, frustración, desvalorización y con autoevaluación general negativa centrada en su imagen física.

Datos de interés: Conciencia de enfermedad. Adherencia farmacológica y terapéutica con apoyo familiar. Capacidades cognitivas conservadas salvo fallos de memoria (olvidos) que ha mejorado en los últimos meses. Se aplica Escala de Autoestima de Rosenberg (EAR) y se obtiene un resultado de 14 puntos de un total de 30 (valores inferiores a 15 puntos sugieren una baja autoestima).

10. Necesidad de comunicarse con los demás expresando emociones, necesidades, temores u opiniones.

Manifestación de independencia: No se observan.

Manifestación de dependencia: Dificultad en las relaciones interpersonales y en el manejo de las emociones. Gran facilidad para enamorarse de los hombres. Sentimientos subjetivos de exclusión que desencadenan procesos de comparación y rivalidad entre los otros.

Datos de interés: Buena relación con su familia. Tiene una amiga, usuaria del Centro de día con la que mantiene buena relación aunque también ha verbalizado tener celos de ella. Manifiesta estar enamorada de uno de los profesionales que le atienden en el Centro de día al que acude a diario y esta situación ha repercutido en su rehabilitación.

11 Necesidad de vivir de acuerdo con sus propios valores y creencias.

Manifestación de independencia: No se observan.

Manifestación de dependencia: No se observan.

Datos de interés: Creencias católicas. No prácticas religiosas.

12. Necesidad de ocuparse en algo de tal forma que su labor tenga un sentido de realización personal.

Manifestación de independencia: Asiste regularmente al Centro de día, realiza las tareas domésticas de su casa y colabora en la limpieza de la casa de sus padres.

Manifestación de dependencia: No se observan.

Datos de interés: La paciente ha trabajado de forma intermitente en supermercados hasta el 2008. Sus interpretaciones delirantes erotomaniacas le ocasionaban problemas con sus compañeros de trabajo.

13. Necesidad de participar en actividades recreativas.

Manifestación de independencia: Le gusta escuchar música, bailar, ver la televisión, salir de paseo y las actividades deportivas. En verano va a la playa.

Manifestación de dependencia: No se observan.

Datos de interés: Suele quedar con una amiga, para pasear e ir a centros comerciales.

14. Necesidad de aprender, descubrir o satisfacer la curiosidad que conduce a un desarrollo normal y a utilizar los recursos disponibles.

Manifestación de independencia: Interés en aprender cosas nuevas.

Manifestación de dependencia: No se observan.

Datos de interés: Obtuvo el graduado escolar e inició un módulo de FP que no finalizó. En el Centro de día ha participado en el programa de prevención de recaídas y en el programa de Mindfulness para el manejo del estrés. (3,4,5)

Diagnóstico y planificación

Problemas de colaboración: Complicación potencial: Descompensación psicótica secundaria a toma irregular o abandono del tratamiento farmacológico.

Objetivo 1: Instaurar medidas de prevención precoz de descompensación psicótica mediante un abordaje interdisciplinar.

Actividades 1:

1.1 Lograr toma correcta del tratamiento, insistiendo en la utilización de recordatorios o autorregistros que eviten olvidos o errores en la toma del mismo.

1.2 Realizar controles analíticos con niveles plasmáticos de clozapina.

1.3 Informar a la paciente sobre las consecuencias negativas/beneficios derivadas del incumplimiento/cumplimiento del tratamiento respecto a su enfermedad.

Objetivo 2: Instaurar medidas de detección precoz de descompensaciones psicóticas mediante un abordaje interdisciplinar.

Actividades 2:

2.1 Enseñar a la paciente a reconocer los síntomas prodrómicos de una recaída.

2.2 Realizar un seguimiento estrecho de la paciente cuando se sospeche descompensación psicótica inminente y solicitar valoración médica si es preciso.

2.3 Realizar psicoeducación con la familia centrada en la identificación de los síntomas y en estrategias de afrontamiento en situación de crisis. Complicación potencial: Agranulocitosis secundaria a tratamiento farmacológico con clozapina.

Objetivo 1: Instaurar medidas de prevención de la agranulocitosis secundaria al tratamiento con Clozapina.

Actividades 1:

1.1 Vigilar signos en la paciente que hicieran sospechar de posible neutropenia.

Objetivo 2: Seguir protocolo de control de Clozapina.

Actividades 2:

2.1 Corroborar a través de la familia que la paciente toma correctamente el tratamiento.

2.2 Supervisar la realización de las analíticas según protocolo de control de clozapina.

2.3 Supervisar y valorar los resultados de las analíticas.

Diagnósticos enfermeros:

- Baja autoestima crónica (00119) relacionado con (r/c) percepción de falta de pertenencia y repetidos refuerzos negativos (conocimientos y fuerza psíquica) manifestado por (m/p) exagerada retroalimentación negativa sobre sí mismo, búsqueda excesiva de reafirmación y conducta no asertiva. (Ver anexo tabla 1).
- Deterioro de la interacción social (00052) r/c déficit en las formas de fomentar la reciprocidad y trastorno del autoconcepto (fuerza psíquica) m/p interacción disfuncional con los demás, incapacidad para recibir una sensación satisfactoria de participación social y uso de conductas de interacción social infructuosas (Ver anexo tabla 2).
- Desequilibrio nutricional: ingesta superior a las necesidades (00001) r/c aporte excesivo en relación con las necesidades metabólicas (voluntad y conocimientos) m/p comer en respuesta a claves internas distintas al hambre y peso corporal superior en un 20% al ideal según la talla y constitución corporal (Ver anexo tabla 3).

Resultados

Los objetivos planteados en este plan de cuidados se han logrado alcanzar en términos de mejora de autoestima, intercambios sociales satisfactorios y hábitos nutricionales adecuados y por otro lado, las intervenciones de colaboración riesgo

de agranulocitosis y riesgo de descompensación psicótica también han sido efectivas.

4 Discusión-Conclusión

La esquizofrenia es un trastorno mental grave que produce un gran deterioro en múltiples áreas de la persona que la padece. Por otra parte, diversas alteraciones relacionadas con la sintomatología negativa se terminan convirtiendo en hábitos de vida no saludables, que habitualmente requieren de una modificación lenta y progresiva para conseguir resultados positivos.

Por ello, los resultados positivos obtenidos en esta intervención y en un periodo corto de tiempo (tres meses) resultan especialmente relevantes y alentadores: Mejora de la autoestima: La paciente expresa mayor autoaceptación y reconoce algunos aspectos personales positivos.

En la fase de evaluación, la puntuación en la Escala de Autoestima de Rosenberg fue de 18 puntos, superior a la obtenida en la etapa de valoración (14 puntos), y los resultados conseguidos en los indicadores seleccionados para cada NOC del plan de cuidados, coinciden con los resultados deseados (Ver anexo 1 tabla 1). Intercambios sociales más adecuados y satisfactorios: en el Centro de día, la paciente verbaliza estar más integrada y disfrutar de las salidas de ocio, pero el enfermero de este dispositivo sigue detectando en ella importantes dificultades de interacción social.

A nivel individual su funcionamiento mejora, mostrándose sonriente y conversadora en consulta y sus hermanas han observado un mejor contacto, más cercano y cordial por parte de la paciente.

Por otro lado, los indicadores de resultados para los NOC seleccionados, reflejan resultados positivos (Ver anexo tabla 2). Hábitos nutricionales adecuados: la paciente ha logrado perder 2 Kg en el plazo propuesto. Aunque necesita perder alrededor de 28 Kg para alcanzar un peso óptimo, el pacto establecido con ella fue la pérdida ponderal progresiva sin marcar una pérdida de peso concreta. Además, los resultados conseguidos en los indicadores seleccionados, coinciden también con los deseados (Ver anexo tabla 3).

Por último, en las intervenciones de colaboración riesgo de agranulocitosis y riesgo de descompensación psicótica también se ha obtenido resultados satisfactorios. No se han producido alteraciones hematológicas en las analíticas realizadas y la paciente ha alcanzado la estabilidad clínica, con ideas celotípicas más atenuadas y con buena adherencia al tratamiento.

Por otro lado, uno de los pilares básicos en los que se ha sustentado este plan de

cuidados, ha sido la situación de estabilización clínica. Los estados de descompensación psicopatológica serían incompatibles con este abordaje psicoterapéutico y psicosocial. Es probable que la mejora de la autoestima haya favorecido los intercambios sociales y los hábitos nutricionales de la paciente. De hecho, se ha señalado la importancia de una autoestima positiva para la satisfacción de las necesidades básicas y para el mantenimiento de las relaciones interpersonales efectivas y por el contrario, la baja autoestima puede contribuir al riesgo de psicosis.

De acuerdo a lo expuesto, el beneficio potencial que puede tener en la paciente la mejora de la autoestima, podría contribuir a un mejor control de los síntomas psicóticos, mejor afrontamiento y una mejora en su funcionamiento vital.

Este plan de cuidados tiene una serie de limitaciones: En primer lugar, el periodo de intervención y evaluación de los resultados es relativamente corto. Tal como se ha argumentado, es probable que diversos aspectos susceptibles de mejorar requieran un periodo considerablemente mayor. Sin embargo, a pesar de ello los resultados fueron satisfactorios y resulta plausible esperar que en un periodo mayor se pudiera producir una mayor mejoría global.

Por otra parte, el hecho de tratarse de un caso único no permite establecer con la misma fortaleza que otros diseños, que los cambios positivos hallados se deban efectivamente a la intervención realizada.

5 Bibliografía

1. North American Nursing Diagnosis Association. Diagnósticos Enfermeros: Definiciones y Clasificación 2015-2017. Madrid: Ediciones Elsevier.
2. Juvé Udrina ME. La terminología ATIC: Eje diagnóstico. Consejo General de Enfermería. Barcelona: NAAXPOT- Consejo General de Enfermería; 2016.
3. Egenes KJ. History of nursing. Issues and trends in nursing: Essential knowledge for today and tomorrow 2017:1-26.
4. Diagnósticos enfermeros : definiciones y clasificación, 2018-2020; Herdman, T. Heather, ed. lit.; Kamitsuru, Shigemi, ed. lit.; North American Nursing Diagnosis Association. 2020
5. Siles-González, J. 2018. La humanización del cuidado a través de las narrativas y la poesía como producto de la investigación aplicada. Cultura de los Cuidados, 22(52) <http://dx.doi.org/10.14198/cuid.2018.52.01>

Capítulo 84

TERAPIA DE ANTICOAGULACIÓN ORAL CON SINTROM®

DAVID GÓMEZ GUALDA

CARMEN DIAZ TOBARUELA

ISABEL MARÍA OSSORIO SIMARRO

VERONICA MARTINEZ FRESNEDA

AMPARO GOMEZ CODINA

1 Introducción

Sintrom®, es un medicamento que contiene el principio activo acenocumarol, este se incluye dentro del grupo de anticoagulantes, con su efecto de disminuir la coagulación de la sangre y por consecuencia disminuir y prevenir la formación de coágulos.

El descubrimiento se remonta hacia 1922, una nueva enfermedad estaba afectando al ganado vacuno, la cual causaba la muerte de este por hemorragias, la observación ayudó a descubrir la condición por la cual las vacas que morían eran principalmente aquellas que se alimentaban de heno de trébol de olor y sangraban excesivamente más cuando el clima era más húmedo.

Un reputado veterinario de Canada, Frank Schofield, patólogo de la Escuela de Veterinaria de Ontario, había descubierto que las vacas que morían eran aque-

llas que habían sido alimentadas con heno afectado de moho, que debido a la condición económica no se podían permitir desperdiciarlo.

Schofield realizó un experimento con conejos a los cuales alimentó con heno afectado por moho y heno seco y descubrió que corrían la misma suerte que el ganado vacuno.

Años mas tarde un granjero recogió desesperado la sangre de una de sus vacas para mostrarle a los expertos que no coagulaba, la solución de los expertos era tratar a las vacas con heno fresco y transfusiones. Gracias a este granjero más tarde se pudo sintetizar el compuesto del heno y recibió el nombre de dicumarol.

El dicumarol comenzó a utilizarse como veneno contra las ratas hacia 1945 y en 1951 un recluta de EEUU intentó suicidarse tomando dicho veneno, pero no lo logró y acabó recibiendo asistencia medica, tratándole con transfusiones y una importante dosis de vitamina k, recuperándose rápidamente.

Este caso supuso el avance hacía el uso de dicumarol como anticoagulante, en 1955 un análogo denominado WARF-42, mas tarde Warfarina®, trataría al presidente de EEUU Dwight Eisenhower tras sufrir un infarto de miocardio, a partir de entonces su uso se extendió y aparecieron nuevos fármacos como el Sintrom®.

El uso de Sintrom® esta indicado en individuos que tienen un elevado riesgo de sufrir eventos tromboembólicos.

La finalidad de el tratamiento es prolongar el tiempo de coagulabilidad en un intervalo seguro para el paciente sin riesgo de padecer hemorragias, este riesgo se mide con el Índice Internacional Normalizado (INR).

En la actualidad los encargados de realizar la medición del INR son el personal de atención primaria que junto al personal de hematología son los encargados de dosificar el Sintrom® correspondiente a cada paciente.

2 Objetivos

- Actualizar los conocimientos sobre la terapia con Sintrom®.
- Conocer las contraindicaciones de la terapia con Sintrom®.

3 Metodología

Para la realización de este capítulo se ha realizado una revisión bibliográfica en diferentes bases de datos como PubMed, Cochrane Library, Scielo, Cinahl y Medline.

Como palabras clave para la realización de la búsqueda como descriptores se han utilizado: anticoagulantes orales, inr, atención primaria, coagulación sanguínea

4 Resultados

El mecanismo de acción del Sintrom® es anticoagular la sangre actuando contra la vitamina K, que es la responsable de activar algunos de los factores que intervienen en la cascada de coagulación, estos factores son: II, VII, IX y X y las proteínas C y S.

La vitamina K se encuentra en gran cantidad de alimentos, en algunos en gran porcentaje, por lo tanto aquellos pacientes que estén en tratamiento con Sintrom® deberán limitar su ingesta, entre ellos podemos encontrar las verduras de hoja verde, las espinacas o la col, si no se limitan su ingesta el efecto del tratamiento puede verse disminuido.

Al igual que hay ciertos alimentos que reducen la eficacia del tratamiento hay otros que lo potencian, lo que nos puede ocasionar una hemorragia que sea difícil de cortar, como profesionales siempre recomendaremos evitar el alcohol o el zumo de grosella.

Si el paciente esta tomando otros medicamentos de manera concomitante habría que informar a su medico y este sería el encargado de cuantificar las dosis de Sintrom®, hay que prestar especial cuidado con aquellos fármacos que pueden potenciar el efecto del Sintrom®: heparina, acido salicilico, clopidogrel, antiinflamatorios no esteroideos entre otros.

Como también ocurre con los alimentos, hay fármacos que pueden disminuir el efecto del Sintrom®: medicamentos utilizados para el cancer (aziatropina), medicamentos utilizados para el SIDA (ritonavir).

Sintrom® también tiene efecto sobre otros medicamentos, este es capaz de disminuir los niveles de glucosa en sangre cuando se están tomando antidiabeticos orales como las sulfonilureas (glimepirida).

Podemos encontrar ciertas contraindicaciones para la toma de este fármaco, entre ellas encontramos una contraindicación absoluta, no se debe tomar Sintrom® en caso de embarazo ya que este medicamento puede causar daños graves al feto. No se debe tomar Sintrom® si el paciente es alérgico al acenocumarol, si el paciente tiene problemas con el alcohol, si tiene problemas o alteraciones en la coagulación sanguínea, si padece alguna hemorragia intestinal o cerebral, o tiene alguna enfermedad importante en el hígado o riñón.

Para realizar las dosificaciones de Sintrom® por parte del equipo de atención primaria es necesaria la inclusión de los pacientes que precisen de la toma de este en el sistema de terapia de anticoagulación oral, el cual conecta la atención primaria con especializada.

Será la enfermera de atención primaria la que realizara la determinación del INR del paciente con una muestra capilar, esta la comunicará al medico de atención primaria y este en concordancia con el servicio de hematología pautara la dosis necesaria para el rango terapéutico establecido.

Estos controles se realizaran cada semana, dos semanas o incluso hasta seis semanas espaciadas en el tiempo si el paciente ha conseguido establecerse con medidas dietéticas y terapéuticas en el rango ideal.

5 Discusión-Conclusión

Debido a la tasa de mortalidad y al incremento de la esperanza de vida cada vez la población sufre mas enfermedades que precisan de una terapia de anticoagulación oral, gracias a los últimos avances podemos cuantificar las dosis de estas con una simple toma de sangre capilar en atención primaria, sin tener que recurrir como no hace muchos años a la venopunción para la determinación del INR.

Actualmente en España esta prueba la realiza enfermería en los centros de atención primaria, pero podemos encontrar como en otros países de nuestro entorno, el sistema sanitario provee de coagulómetro a sus pacientes para que sean estos quienes sean capaces gracias a las indicaciones de sus profesionales sanitarios de conocer los valores de INR en ese momento, lo que evita ciertas consultas y capacita al paciente de mayor independencia del sistema sanitario.

Como profesionales sanitarios ocupamos un papel fundamental en la educación del paciente siendo el principal recurso de estos y no dejaremos de serlo aunque

todos dispongan en casa de coagulómetro.

En la actualidad otras terapias de anticoagulación oral le están ganando la partida al Sintrom®, dado que presentan menores riesgos y no necesitan del control que precisa este, pero por circunstancias económicas no están del todo insertados en el sistema sanitario algo que debería primar.

6 Bibliografía

Handin RI. The History of Antithrombotic Therapy: The Discovery of Heparin, the Vitamin K Antagonists, and the Utility of Aspirin. *Hematol Oncol Clin North Am.* 2016 Oct;30(5):987-93

Schofield FW. Hemorrhagic sweet clover disease in cattle. *Can Vet Rec.*1922; 3:74-75.

Estoy anticoagulado ¿Puedo tomar cualquier alimento en mi dieta?. *Evidentia.* 2015; 12 (50): 9-9.

Escaño Cardona V, Caballero León MD, Rebola González P. Cuidados de un paciente con baja adherencia al tratamiento con anticoagulación oral. *Ética de los Cuidados* [Internet]. enero de 2014 [citado el 11 de abril de 2022];7(13):5. Disponible en: <https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=ccm&AN=128883729&site=ehost-live>

JOHNSON SA. INR en el punto de atención o en el laboratorio clínico para el control de la anticoagulación: ¿cuál creer? *Noticias de Laboratorio Clínico* [Internet]. abril de 2017 [citado el 13 de abril de 2022];43(4):12-6. Disponible en: <https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=ccm&AN=122600668&site=ehost-live>

Lorenzo PA, Giménez MÁ, Rodríguez GCG, Ahumada JA, Herranz AA, Marzal AMB, et al. Disminución del INR después de la coadministración de acenocumarol, ombitasvir/paritaprevir/ritonavir y dasabuvir. *Revista de Farmacia Clínica y Terapéutica* [Internet]. agosto de 2016 [citado el 13 de abril de 2022];41(4):444-6. Disponible en: <https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=ccm&AN=116344170&site=ehost-live>

Fanz CR. La opción de autodiagnóstico de INR crea nuevas oportunidades para los laboratoristas. *MLO: Observador de laboratorio médico* [Internet]. agosto de 2018 [citado el 13 de abril de 2022];50(8):34-5. Disponible en: <https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=ccm&AN=>

131564071&site=ehost-live

Capítulo 85

COMPLICACIONES METABÓLICAS EN LA CETOACIDOSIS DIABÉTICA EN LA INFANCIA

CRISTINA GORRIZ ALCAT

MARIA GORRIZ ALCAT

1 Introducción

La cetoacidosis diabética (CAD) se define como una complicación aguda grave de la diabetes mellitus tipo 1 (DM1), siendo éste el tipo de diabetes más frecuente en la infancia. La diabetes mellitus en general, representa un grupo de enfermedades metabólicas caracterizada por hiperglucemia crónica como consecuencia de la deficiencia en la secreción de insulina o resistencia de las células del organismo a la acción de la misma, con alteración en el metabolismo de los carbohidratos, las grasas y las proteínas. La diabetes mellitus es una de las enfermedades crónicas más comunes en niños y adolescentes a nivel mundial. La diabetes tipo 1 se trata de una enfermedad autoinmune resultante de la interacción de factores genéticos, ambientales e inmunológicos; ciertos factores ambientales pueden desencadenar una respuesta inmune contra las células beta del páncreas, en individuos genéticamente predispuestos.

La cetoacidosis diabética (CAD) es la causa más común de hospitalización de niños con diabetes tipo 1; ocurre por la deficiencia de insulina (pacientes con debut de diabetes), cuando la dosis es insuficiente o cuando se presentan enfermedades intercurrentes.

La patogénesis de la DM1 es compleja, con intervención de múltiples factores genéticos, autoinmunes e infecciosos, pero cuya base en común que provoca las alteraciones endocrinas es la deficiencia absoluta de secreción de insulina lo que condiciona mayor vulnerabilidad para desarrollar CAD.

En 2013, la Federación Internacional de Diabetes (IDF) publicó datos procedentes de 219 países, evidenciando variaciones en la incidencia de DM1 en niños de ≤ 14 años, cifras que oscilan desde 0,1/100.000 habitantes/año en Papúa Nueva Guinea, China y Venezuela, hasta 57,6/100.000 habitantes/año en Finlandia y 36,8/100.000 habitantes/año en Cerdeña. Informó además de un incremento de DM1 de un 2-5% por año en niños menores de 15 años de edad. La CAD tiene como mecanismo fisiopatológico la deficiencia absoluta de insulina con un aumento de hormonas contrarreguladoras (catecolaminas, glucagón y cortisol), lo que provocan una cascada de eventos que conllevan a la presencia de acidosis metabólica, hiperglucemia y cuerpos cetónicos. Desde el punto de vista clínico, aunque la base es similar a los adultos, la población pediátrica posee ciertas características que hacen necesario que su estudio se realice por separado. En primer lugar, los signos clínicos son tardíos y con frecuencia se confunden con enfermedades intercurrentes. Lo primero que aparece es la poliuria y nicturia, luego polidipsia, pérdida de peso y menos frecuente la polifagia; siendo todos ellos, los signos característicos que presentan las personas afectadas por esta enfermedad previamente a ser tratadas. Entre los síntomas tardíos más comunes se encuentran: náuseas y vómitos, alteraciones del estado mental que van desde la alerta hasta la obnubilación y coma; en casos severos, es posible apreciar la respiración de Kussmaul y aliento cetósico.

2 Objetivos

Identificar y definir las complicaciones de la cetoacidosis diabética en la población infantil.

Conocer el tratamiento de las complicaciones.

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 en las principales bases de datos: Pubmed, Medline y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

EPIDEMIOLOGÍA:

A nivel sanitario, se hace necesario conocer más profundamente la diabetes mellitus y sus complicaciones, debido a que se trata de unas alteraciones endocrinas de carácter crónico que están más presentes en la sociedad. Como una de las principales patologías en la edad infantil y adolescencia con complicaciones, si no es correctamente tratada que pueden provocar graves consecuencias. Se caracteriza por la existencia de elevados niveles de azúcar en sangre en ayunas y tras la ingesta de alimentos, derivada de una deficiente secreción de insulina o nula acción sobre la degradación de los alimentos.

En la infancia predomina la diabetes tipo I, de carácter autoinmune, con poca carga familiar y de comienzo agudo; su inicio más habitual se da en la pubertad, aunque la aparición de casos nuevos se ha incrementado por debajo de los 5 años de edad (1).

La diabetes tipo II va aumentando su presencia en etapas infantiles debido, entre otros factores, al incremento de la obesidad en la edad pediátrica que se da sobre todo en ciertas etnias en la etapa de la pubertad, de predominio en mujeres y en aquellas personas con marcadores de insulinoresistencia. El diagnóstico en muchas ocasiones viene precedido de cetosis; en hasta el 25% de los casos (1).

A nivel global, se da el aumento de casos de DMI en la infancia en los últimos 50 años en todas las poblaciones, incluyendo las de baja como de alta incidencia. Sí se ha demostrado que existe una amplia variación en la incidencia de DMI en edad pediátrica en los diferentes países y entre los diferentes grupos étnicos, lo que puede sugerir que aparecen diferentes factores responsables de su aparición; como los ambientales.

En una misma área geográfica existe gran variabilidad, un ejemplo de ello es Europa, donde la incidencia es más alta en los países del Norte de Europa. La mayor incidencia se da en Finlandia donde puede estar presente en 50 de cada 100.000 niños menores de 15 años. China se encuentra entre los países con un menor número de casos nuevos de DMI diagnosticados con el 0,1 por cada 100.000 niños. En España existe variabilidad geográfica demográfica, de forma que en la Comunidad Autónoma de Madrid está presente en el 14.4 por cada 100.000 niños siendo una tasa media. Una de las provincias con mayor incidencia se sitúa en Málaga. El pico de edad donde se presenta más elevadamente la DMII es en la pubertad; aunque los últimos estudios hayan observado un aumento de diagnóstico de DMI en niños menores de 5 años (1).

Una de las complicaciones actuales que se presenta es que la presencia de DM2

en la población de edad pediátrica es relativamente nuevo, con lo que los estudios que arrojan datos acerca de su incidencia y prevalencia son incompletos actualmente y las muestras estudiadas todavía son insuficientes para dar datos de forma más clara y concreta (1).

Un estudio revela que el diagnóstico de diabetes mellitus tipos 2 (DM2) en etapas iniciales de la vida está infra diagnosticado de forma que en el estudio realizado en Chicago (1) encontraron dificultades a la hora de diagnosticar en personas adolescentes la DM2 diferenciándola de la que hasta ahora ha sido más común en estas etapas la DM1. Este estudio informó de que en un 25% de los casos de DM2 en niños y adolescentes etiquetados como DM1 en realidad se trataba de DM2.

La causa más importante del incremento que está causando esta enfermedad es la prevalencia de obesidad desde esta etapa de la vida que está adquiriendo proporciones de epidemia y está convirtiéndose en una de las enfermedades de mayor prevalencia en el mundo per se. El 20% de los adolescentes de EE.UU sufre obesidad. En España la obesidad oscila entre el 6 y el 10% (1). La obesidad está íntimamente relacionada con el aumento de la ingesta calórica y lipídica y la disminución de la actividad física, factores que favorecen su aparición y mantenimiento. Otros factores que se han asociado al riesgo de padecer DM2 son: bajo peso al nacer, y madre diabética durante el embarazo (diabetes pregestacional o gestacional).

La pubertad es una etapa clave para el desarrollo de la enfermedad y la clínica que se observa en la DM2 debido a las alteraciones hormonales que ocurren en esta etapa favorecido por el hecho de que existe una insulirresistencia fisiológica en ese período de la vida de forma fisiológica debido en parte al aumento de la hormona del crecimiento (GH) que favorece el crecimiento en esta etapa (conocido popularmente como estirón puberal), en esta etapa, en condiciones normales, la insulina compensa este estado de aumento de hormonas contra reguladoras, en caso de descompensación se altera y puede desarrollar DM2 (1).

La DM2 predomina en las niñas. El comienzo suele ser insidioso, con pocos síntomas, lo que hace que con frecuencia el diagnóstico sea tardío. Las descompensaciones agudas pueden ocurrir, y hasta el 25% de los pacientes presentan cetosis en el momento del diagnóstico. La pérdida de peso es escasa o nula con lo que este signo es tardío, de difícil aparición y su ausencia no excluye la enfermedad (1).

La edad media de diagnóstico se sitúa entre los 12 y 14 años, coincide con la insulinoresistencia relativa que existe en la pubertad. La mayoría de los pacientes presenta sobrepeso, con un índice de masa corporal superior al percentil 95 para

la edad y el sexo. Es muy frecuente la historia familiar de DM2, el 45-80% tiene un progenitor con DM2, y un 74-100%, algún familiar de primera o segunda generación con DM2 (éste puede no estar diagnosticado en ese momento). La presencia de acantosis nigricans es casi constante (90%) y frecuente el síndrome de ovario poliquístico (1). Un estudio informa de que en la actualidad esta patología corresponde a una de las enfermedades crónicas más comúnmente presentes en la etapa infantil, con un aumento progresivo en su incidencia alrededor de todo el mundo en los últimos años: supone un incremento del 3% anual en niños y adolescentes y un 5% anual en preescolares (2). El mismo artículo informó de un estudio realizado en Chile durante los años 2006-2014 relevó un aumento importante en la aparición de casos nuevos de DM1 en menores de 20 años de edad que pertenecen al sistema público de salud (2).

En definitiva, la incidencia y la prevalencia de esta enfermedad y sus complicaciones está en aumento en todo el mundo y su aparición en edades tempranas de la vida está en aumento.

¿QUÉ ES LA CETOACIDOSIS DIABÉTICA (CAD)? la CAD es un estado de descompensación metabólica grave que se manifiesta resultante de la sobreproducción de cuerpos cetónicos y cetoácidos que pasan a torrente circulatorio y del que como resultado a ese exceso en acidosis metabólica (3). Se debe a una disminución presente en las concentraciones en el plasma de insulina en proporción con el incremento presente de las hormonas moduladoras como son el glucagón, las catecolaminas, el cortisol y la hormona del crecimiento (gran responsable). Ante la sobre aparición de estas hormonas, el cuerpo responde con el aumento de producción de glucosa por el hígado y el riñón, y disminuye la utilización periférica de glucosa, todo ello va a provocar una hiperglucemia e hiperosmolaridad en plasma.

Del incremento de la lipólisis y la producción de los cuerpos cetónicos (resultantes del aumento de las hormonas moduladoras) aparecen los metabolitos betahidroxibutirato y el acetato en grandes cantidades en plasma que provocan la cetonemia y la acidosis metabólica (3).

Las principales características que se observan en la CAD en el organismo son cetonemia en plasma, cetonuria en orina y la acidosis metabólica y las alteraciones propias del resultado de la deshidratación como compensación fisiológica al intentar eliminar los metabolitos (3).

CRITERIOS BIOQUÍMICOS EN EL DIAGNÓSTICO:

Los criterios bioquímicos para el diagnóstico de CAD que se han adoptado por consenso son:

- Hiperglucemia mayor de 250 mg/dl,

- Acidosis metabólica con pH menor de 7,3 y /o bicarbonato menor de 15 mEq/l
- Cetonemia
- Cetonuria

A pesar de estos criterios se debe tener en cuenta excepciones tales como en pacientes jóvenes o en niños que son parcialmente tratados para el control de la enfermedad o adolescentes embarazadas presentan valores de glucemia en rangos habituales o cercanos a los normales, se trata pues de una cetoacidosis euglucémica (3).

CRITERIOS CAD EN NIÑOS:

El riesgo de llegar a la complicación de CAD en pacientes diagnosticados de DM1 es del 1-10% de pacientes al año. Sin embargo el riesgo se puede incrementar con otros factores previos que lo predisponen como: niños que han sufrido episodios previos de CAD, niñas en la pubertad y adolescentes, que pertenecen a un estrato socioeconómico bajo, y en niños con enfermedades psiquiátricas donde se incluyen los trastornos alimenticios y los conflictos familiares (3).

Se ha observado que el 75% de los episodios que ocurren de CAD pueden estar relacionados con problemas tales como no administrar la insulina necesaria o errores en el tratamiento. El 25% de las CAD pueden estar relacionadas con una terapia insulínica inadecuada durante episodios de enfermedades agudas como infecciones... (3).

CETOACIDOSIS DIABÉTICA:

Se inicia cuando la glucemia excede las cantidades consideradas normales provocado por el déficit de insulina total. Estas concentraciones son mayores que la capacidad tubular de absorción y se produce glucosuria, diuresis osmótica y pérdida de solutos necesarios (sodio, cloro y potasio).

A su vez, la deficiencia de insulina y las concentraciones elevadas de glucagón, favorecen la lipólisis y el incremento de ácidos grasos circulantes, los cuales son sustratos para la síntesis de cuerpos cetónicos. Éstos se comportan como ácidos débiles que al acumularse conducen a la acidosis metabólica. Paralelamente los ácidos grasos empeoran la resistencia periférica a la acción de la insulina y con ello la hiperglucemia. Todo ello, y el desbalance hormonal conduce a una diuresis osmótica, deshidratación y acidosis metabólica (4).

CRITERIOS DIAGNÓSTICOS:

Aparece sintomatología provocada por las alteraciones metabólicas como la deshidratación que incluye: sequedad de piel y mucosas, taquicardia, extremidades frías, llenado capilar lento, debilidad muscular, hipotensión arterial y oliguria.

Es característico la respiración de Kussmaul es estas personas y se presenta

cuando el pH sanguíneo desciende a un valor entre 7.1-7.29. Taquipnea mantenida que intenta regular el pH metabólico mediante un intercambio gaseoso típico de este estado.

El exceso de cuerpos cetónicos circulantes en plasma se asocia a síntomas como dolor abdominal, náuseas, vómitos y un característico aliento cetónico que es capaz de distinguir las personas durante la exploración. Tanto la deshidratación como la cetosis causan alteraciones en el estado de conciencia del paciente que van evolucionando progresivamente desde la somnolencia, al estupor y acaban si no reciben tratamiento previo en coma (coma cetósico) (4).

TRATAMIENTO:

Es importante la rehidratación para recuperar la volemia perdida al intentar compensar el desajuste electrolítico. La hidratación se debe hacer en dos etapas, primero se debe perseguir la corrección de la volemia y después el mantenimiento. Según estudios en la CAD el déficit de agua se calcula que es de 6 litros aproximadamente.

La corrección debe realizarse con sueros expansores de volumen isotónicos utilizando una solución salina (SSF al 0.9%), administrando una cantidad de 1000-1500 ml por vía intravenosa durante la primera hora para conseguir una corrección rápida.

Tras la primera hora manteniendo al paciente estrechamente monitorizado serán evaluados los signos vitales y el estado general de hidratación del paciente y si precisa, se administrará una segunda carga de volumen de 500 cc de solución salina isotónica durante la siguiente hora, si el estado de hidratación lo permite se iniciará la fase de mantenimiento de rehidratación. Los factores de los que depende será el estado de hidratación del paciente, la concentración de electrolitos séricos y la diuresis. Lo adecuado es reponer la mitad del déficit de agua estimado durante un periodo de 12 a 24 horas para conseguir nuestro objetivo.

Mientras conseguimos la rehidratación del paciente la glucemia va paralelamente disminuyendo a medida que aumentamos el volumen a concentraciones menores de 250 mg/dl. En ese momento se modificará la pauta de fluidoterapia de suero salino al 0.9% por una solución salina al 0.45% con dextrosa, lo cual va a garantizar un adecuado aporte de glucosa para el consumo periférico y evitará el desarrollo de hipoglucemia de rebote que pueda comprometer la vida del paciente además de inhibir la lipólisis y la cetogénesis con la administración paralela de forma continuada de insulina (4).

El potasio es uno de los electrolitos que se han alterado en esta descompensación metabólica y el objetivo terapéutico es mantener la concentración plasmática en valores normales: entre 3.5-5.0 mEq/L.

Para conseguir mantener estos niveles la forma más óptima es mediante dilución en perfusión junto con la insulina a razón de 20 mEq/L. La dosis se irá ajustando en función de las concentraciones séricas dependiendo de valores previos: si es <3.5 mEq/L, se debe administrar 40 mEq de cloruro potásico por cada litro de solución a perfundir; si se encuentra entre 3,5 y 5,0 mEq/L se administrarán entre 20-30 mEq por litro de solución.

La cantidad total de potasio a administrar por día no puede superar los 200 mEq para no sobrepasar dosis tóxicas que pondrían en riesgo el equilibrio electrolítico ya dañado.

En cambio, administrar suplementos de potasio es una contraindicación en caso de oliguria (diuresis < 40 ml/h), concentración sérica de potasio > 5 mEq/L (aumento de potasio sérico normal) o signos de hiperkalemia en el ECG (sí existe aumento de potasio sérico la actividad cardíaca estará alterada y en el ECG se observarán diferentes alteraciones en función del exceso de potasio, en este caso, ondas T con forma estrecha y picuda), este hallazgo se observa con concentraciones superiores a $> 6,5$ mEq/L. Valores superiores de potasio en plasma a 7.5 mEq/L se reflejan como acortamiento del intervalo QT, ensanchamiento del QRS, acortamiento del intervalo PR y reducción de la amplitud en la onda P (4).

La insulino terapia es uno de los ejes del tratamiento para la CAD y debe incluir un bolo endovenoso como dosis de ataque y una infusión continua para mantener el objetivo, ambos deben ser calculados a razón de 0.1 UI/Kg de peso de insulina cristalina.

La perfusión se prepara con 250 ml de SSF al 0.9% al que se le añade 50 UI de insulina cristalina (la cual es apta para su administración por vía endovenosa) y se administrará a un ritmo de 0.1 UI/Kg/h.

Manteniendo ese ritmo de administración el objetivo a conseguir debería ser la disminución de un 10% a la hora, si no se obtiene el descenso esperado se debería de aumentar el ritmo de perfusión al doble, en cambio, si el descenso que se produce es $>$ de 70 mg/hora se debe disminuir a la mitad.

Si existe hipotensión o hipokalemia ($K < 3.3$ mEq/L) debe retrasarse la administración de insulina hasta que se haya corregido este desorden. Llegar a conseguir valores normales de glucosa es más rápido que la resolución de la cetosis con lo que debe mantenerse la administración de glucosa para inhibir la lipólisis y cetogénesis (4).

5 Discusión-Conclusión

La CAD es una complicación que aparece cuando existe descompensación de la DM tanto en niños como en adultos. Se podría llegar a evitar si la personas afectada y los profesionales tendrían más recursos y conocimientos del tema.

La DM es un gran problema de salud pública a nivel mundial por su elevada prevalencia, morbi-mortalidad asociada a esta patología y los altos costes derivados de ella. La tendencia en aumento de la incidencia de DM tipo 1 en niños que podría duplicarse en menores de 5 años entre el año 2005-2020.

Por sus características, su sintomatología y la presentación de la enfermedad, la población infantil es un grupo especialmente vulnerable. Diferentes organismos internacionales recuerdan la importancia de asegurar la continuidad de los cuidados en estos pacientes y fomentar la educación y su autocuidado como herramientas necesarias para su prevención, tanto de las complicaciones agudas como de las crónicas.

6 Bibliografía

- 1.Barrio R. Diabetes Mellitus en la edad pediátrica: diabetes tipo I, diabetes tipo II y MODY. Elsevier, Endocrinología y Nutrición. [Internet]. 2009. [Acceso: 14/04/2022]. 51(S2):31-37. Disponible en: <https://medes.com/publication/14724>
- 2.Del Pozo Paulina, A. D., Córdova Guiliana, S. C., Valle Patricio, C. J. Perfil clínico de niños con cetoacidosis diabética en una Unidad de Paciente Crítico. Rev. chil. pediatr. [Internet]. 2018 [Acceso: 15/04/2022]; 89(4): 491-498. Disponible en: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0370-41062018000400491&lng=es.
<http://dx.doi.org/10.4067/S0370-41062018005000703>
- 3.Céspedes, C., Bustos, C. Manejo de la acidosis diabética en niños y adolescentes. Elsevier. Endocrinología y nutrición. [Internet]. 2008. [Acceso: 14/04/2022]. 55(7):289-296. DOI: 10.1016/S1575-0922(08)72183-1
- 4.Vergel, M. A., Azkoul, J., Meza, M., Salas, A., Velázquez M, E. Cetoacidosis diabética en adultos y estado hiperglucémico hiperosmolar. Diagnóstico y tratamiento. Revista Venezolana de Endocrinología y Metabolismo. [Internet]. 2012. Sociedad Venezolana de Endocrinología y Metabolismo Mérida, Venezuela. [Acceso:14/04/2022]. 10(3):170-175. Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/3755/375540231007.pdf>

Capítulo 86

ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EN LA NEURALGIA POSTHERPÉTICA, PLAN DE CUIDADOS ESTANDARIZADO

MARÍA AMORES PAVO

1 Introducción

El Herpes Zoster (HZ) es una patología que se manifiesta al reactivarse el virus de la varicela Zoster que permanece latente en el interior de los ganglios y raíces nerviosas tras la primoinfección por varicela (2). Hay una serie de factores de riesgo (cambios del sistema inmune por la edad, inmunosupresión, estrés psicológico, patologías crónicas) que favorecen la reactivación del virus.

El cuadro clínico típico presenta erupción vesicular en la trayectoria del nervio afectado y dolor severo. En personas jóvenes el curso clínico suele ser benigno y autolimitado. Sin embargo, en mayores de 60 años pueden aparecer complicaciones con gran impacto en la calidad de vida como sucede con la neuralgia postherpética (NPH). La NPH es una de las complicaciones más importantes y temida del Herpes Zoster (HZ) ya que pueden provocar dolores muy incapacitantes. Se calcula que el 10% de los pacientes que padecen HZ tendrán una neuralgia postherpética; el 50% de los mayores de 60 años y el 75% de los mayores de 70. (1) La NPH es un trastorno que afecta a las fibras nerviosas y sus ramificaciones produciendo un dolor urente y continuo a lo largo del nervio afectado que dura mucho tiempo después de que las lesiones provocadas por el HZ hayan desaparecido.

El tratamiento es complejo y debe ir en función de la intensidad del dolor, de la edad y de la patología asociada del paciente. Los fármacos que se utilizan son

los antidepresivos tricíclicos, los antiepilépticos, opiáceos, capsaicina. En dolores persistentes con mala respuesta a los fármacos anteriores se utiliza también lido-caína intravenosa y bloqueos neuropáticos. En muchas ocasiones se convierte en un dolor crónico que dura muchos años y requiere numerosos tratamientos farmacológicos. La calidad de vida de estos pacientes se ve muy afectada y el papel de enfermería es fundamental para proporcionar una adecuada educación sanitaria y una atención integral.

2 Objetivos

Elaborar un plan de cuidados estandarizado para pacientes con neuralgia post-therpética con la intención de disminuir la variabilidad profesional y poder proporcionar una atención enfermera de calidad basada en la evidencia.

3 Metodología

La metodología empleada para la elaboración del plan de cuidados ha sido una revisión bibliográfica en las principales bases de datos (CUIDEN, PUBMED) y la propia experiencia profesional. Hemos seguido el modelo conceptual de Virginia Henderson y las taxonomías NANDA-NIC-NOC.

4 Resultados

Hemos seleccionado los diagnósticos más relevantes:

- Dolor crónico (00133).
- NOC: Control del dolor (1605).
- Escala: nunca manifestado (1); raramente (2); en ocasiones (3); con frecuencia (4); constantemente (5)-
- Indicadores:
- Reconoce factores causales (160501).
- Reconoce el comienzo del dolor (160502).
- Utiliza medidas preventivas (160503).
- Utiliza medidas no analgésicas de alivio (160504).
- Utiliza analgésicos de forma apropiada (160505.)
- NOC: Nivel del dolor (02102).
- Escala: intensa (1); sustancial (2); moderado (3); ligero (4); ninguno (5).
- Indicadores: - dolor referido (210201)

- frecuencia del dolor (210203).
- duración del dolor (210204).
- expresiones orales de dolor (210205).
- expresiones faciales de dolor (2102069).
- NIC: - manejo del dolor (1400)-
- administración de analgésicos (2210).
- Actividades:
- Realizar una valoración exhaustiva del dolor: tipo, localización, características, duración, frecuencia, intensidad.
- Observar expresiones no verbales de dolor.
- Determinar el impacto del dolor sobre la calidad de vida (apetito, sueño, humor, trabajo...)
- Asegurarse de que el paciente reciba los analgésicos correspondientes
- Determinar localización y características del dolor
- Comprobar alergias y órdenes médicas sobre medicamentos pautados.
- Determinar la selección de analgésicos y el preferido según la vía de administración y dosis para conseguir efecto óptimo.
- Informar de los efectos producidos por los analgésicos.
- Evaluar la eficacia de los analgésicos tomados.
- Baja autoestima situacional (00120).
- NOC: Autoestima (1205).
- Escala.: nunca (1); raramente (2); en ocasiones (3); con frecuencia (4); constantemente (5).
- Indicadores: - verbalización de autoaceptación (120501).
- aceptación de las propias limitaciones (120502).
- nivel de confianza (120511).
- sentimientos sobre su propia persona (120519).
- NOC: Modificación psicosocial: cambio de vida (1305).
- Escala: ninguna (1); escasa (2); moderada (3); sustancial (4); extensa (5).
- Indicadores: -establecimiento de objetivos realistas (130501).
- expresiones de utilidad (130504).
- expresiones de múltiples estrategias de superación (130508).
- uso de estrategias de superación efectivas (130509).
- NIC: Potenciación de la autoestima (5400).
- Aumentar el afrontamiento (5230).
- Actividades: - observar frases del paciente sobre su propia vida
- Animar al paciente a identificar sus virtudes.
- Mostrar confianza en la capacidad del paciente para controlar la situación.

- Ayudar a establecer objetivos realistas para conseguir mayor autoestima.
- Ayudarle a aceptar la dependencia de otros.
- Valorar el impacto de la situación en el rol del paciente y sus relaciones.
- Valorar la comprensión sobre su proceso de enfermedad.
- Animar a que exprese sus percepciones, sentimientos y miedos.
- Deterioro de la movilidad física (00085).
- NOC: Nivel de movilidad (208).
- Escala: dependiente no participa (1); requiere ayuda personal y de dispositivos (2); ayuda personal (3); independiente con ayuda de - dispositivos (4); completamente independiente (5).
- Indicadores: -movimiento muscular (020803).
- movimiento articular (020804).
- NIC: Enseñanza: actividad/ejercicio prescrito (5612)
- Actividades: -evaluar el nivel actual de ejercicio y conocimiento de la actividad prescrita.
- Instruir al paciente para avanzar de forma segura en las actividades/ejercicios.
- Enseñar al paciente ejercicios correctos, estiramientos antes y después del ejercicio.
- Informar de los diferentes dispositivos de ayuda
- Insomnio (00095).
- NOC: Sueño (0004).
- Escala: extremadamente comprometido (1), sustancialmente (2), moderadamente (3), levemente (4), no comprometido (5)
- Indicadores: -horas de sueño (000401).
- Patrón de sueño (000403.)
- Calidad de sueño (000404).
- Sensación de descanso (000408).
- NIC: Manejo del dolor (1400).
- Manejo de la medicación (2380).
- Manejo ambiental: confort (6482).
- Actividades:
- Realizar una valoración exhaustiva del tipo de dolor, duración, frecuencia, intensidad....
- Administrar analgésicos pautados.
- Controlar el dolor antes de que sea severo.
- Vigilar eficacia de la medicación pautada.
- Observar efectos adversos de los fármacos.

- Proporcionar un ambiente cómodo y que favorezca el sueño, iluminación adecuada, ropa cómoda, temperatura adecuada.
- Ajustar medicamentos para ayudar a los ciclos de vigilia-sueño.
- Conocimientos deficientes: proceso de la enfermedad y/o régimen terapéutico (00126).
- NOC: conocimiento régimen terapéutico (1813).
- Escala: ninguno (1), escaso (2), moderado (3), sustancialmente (4), extenso (5).
- Indicadores: - descripción del régimen terapéutico, tratamiento actual (181301).
- descripción de efectos esperados del tratamiento (181304.)
- descripción de la medicación prescrita (181305).
- ejecución del procedimiento terapéutico (181312).
- NIC: Enseñanza del proceso de enfermedad (5602).
- Actividades: -evaluar nivel actual de conocimientos del paciente sobre el proceso de enfermedad
- Proporcionar al paciente información del proceso de enfermedad si procede.
- Evitar promesas tranquilizadoras vacías.
- Discutir opciones de terapia /tratamiento
- Proporcionar teléfono al que llamar si surgen complicaciones.
- Enseñar al paciente medidas para controlar y minimizar síntomas si es posible.
- Deterioro de la adaptación (00070).
- NOC: aceptación del estado de salud (1300).
- Escala: ninguna (1); escasa (2); moderada (3); sustancial (4); extensa (5).
- Indicadores: -reconocimiento de la realidad de la situación de salud (130008).
- toma de decisiones r/c salud (130014.)
- NOC: adaptación psicosocial: cambio de vida (1305).
- Escala: ninguna (1); escasa (2); moderada (3); sustancial (4); extensa (5).
- Indicadores: -establecimiento de objetivos realistas (130501.)
- mantenimiento de la autoestima (130502).
- NIC: Apoyo en la toma de decisiones (5250).
- Aumentar el afrontamiento (5230).
- Actividades: -ayudar al paciente a desarrollar expectativas realistas de ellos mismos en el desempeño de sus papeles.
- Ayudar a establecer objetivos realistas que se puedan conseguir.
- Favorecer situaciones que fomenten la autonomía del paciente.
- Ayudar a identificar objetivos adecuados a corto y largo plazo.

5 Discusión-Conclusión

El Herpes Zoster es un problema cada vez más frecuente en nuestra sociedad entre las personas de edad avanzada. La neuralgia postherpética es una complicación que preocupa mucho por su larga duración y por el gran impacto que en muchas ocasiones tiene sobre la calidad de vida de los pacientes. Las personas afectadas sufren dolor crónico de difícil control (en muchas ocasiones requieren tomar multitud de fármacos) e importantes limitaciones que afectan tanto a nivel físico como emocional. La elaboración de planes de cuidados permite homogeneizar la práctica profesional, proporcionar una atención integral de calidad y ofrecer un seguimiento y evaluación continua.

6 Bibliografía

1. Neira F, Ortega JL. La neuralgia postherpética ¿Un problema sin resolver? Rev. Soc. Esp. Dolor 1998; 5:128-143.
2. Salleras L, Salleras M, Soldevilla N, Prat A, Garrido P, Dominguez A. Vacunas frente al virus de la varicela Zoster. Enferm. Infecc. Microbiol. Clin. 2015;33(6): 411-423.
3. Palomar Gimeno, L. Herpes Zoster y neuralgia postherpética. Revista electrónica de portales médicos.com 2020. Vol. XV; nº 16:854.
4. Clasificación completa de diagnósticos de enfermería NANDA-I 2018-2020. salusplay. Disponible en <https://www.salusplay.com>
5. Clasificación completa de resultados de intervenciones de enfermería NIC 2018.salusplay. Disponible en <https://www.salusplay.com/blog>
6. Clasificación completa de resultados de intervenciones de enfermería NOC 2018.salusplay. Disponible en <https://www.salusplay.com/blog>

Capítulo 87

CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN PACIENTES CON ÚLCERAS VASCULARES

MARÍA AMORES PAVO

1 Introducción

La isquemia de miembros inferiores es el resultado ocasionado por la obstrucción de las arterias principales que irrigan dichas zonas. Suele ser más frecuente en mayores de 70 años y con algún problema de salud asociado. Dicho episodio suele ocurrir en pacientes con factores de riesgo como la hipertensión arterial, la diabetes mellitus y la arterioesclerosis. En estos casos también pueden influir los factores de riesgo no modificables, por ejemplo, la edad, la raza.

En ocasiones podemos actuar en algunos factores de riesgo, realizando prevención primaria, es decir, evitando la aparición de dichos factores para que no produzcan la obstrucción de las arterias. Uno de los factores donde más se incide y que es más sencillo de prevenir es el tabaquismo. El principal síntoma que suele presentar estos pacientes es la claudicación intermitente, también llamada enfermedad de los escarpatos, consiste en un dolor repentino en los miembros inferiores debido a la deficiencia de oxígeno ocasionada por la obstrucción arterial, provocando que el paciente se detenga para disminuir el dolor.

Dicho dolor a medida que avanza la obstrucción se acaba presentando incluso en reposo. El diagnóstico suele comenzar con una anamnesis al paciente con preguntas sencillas, el ITB (Índice Tobillo Brazo) que consiste en la realización mediante un Doppler arterial obtener la diferencia de presión de la circulación de brazos y piernas. El papel de enfermería comienza con la actuación sobre los factores

de riesgo y en la realización de curas de úlceras vasculares. Como tratamiento farmacológico se utilizan los antiagregantes. Otra opción terapéutica consistiría en la intervención quirúrgica para realizar una revascularización mediante un baypass.

2 Objetivos

- Conocer los factores de riesgo más importantes que favorecen la aparición de úlceras vasculares.
- Explicar los principales cuidados de enfermería en pacientes con úlceras vasculares.

3 Metodología

Para la elaboración de este capítulo se ha realizado una revisión sistemática de las investigaciones ya existentes basadas en la evidencia científica. Se han revisado varias páginas de internet de las distintas revistas científicas como pueden ser Medline Plus, Scielo, Pudmed, Elsevier.

4 Resultados

Dada la incidencia elevada de pacientes con enfermedades arteriales, se ha considerado revisar los cuidados de enfermería que ayuden a disminuir la aparición de complicaciones. La principal complicación que nos podemos encontrar ante estos pacientes son las úlceras vasculares que pueden aparecer en maléolos, talón y dedos de los miembros inferiores. La principal intención de este trabajo es centrarse en los cuidados de dichas úlceras vasculares ocasionadas por la enfermedad arterial periférica, teniendo como objetivo principal conseguir la recuperación de dichas lesiones y realizar educación sanitaria a estos pacientes para mejorar sus hábitos saludables, reduciendo así las complicaciones derivadas de dichos episodios.

Como cuidados principales tenemos:

- Realización de curas secas, evitando la aparición de infecciones.
- Quedan desaconsejados los vendajes compresivos, ya que entorpecen la circulación y favorecen la aparición del dolor en miembros inferiores.
- Realizar seguimiento del paciente tras la realización de la revascularización, controlando el estado de las úlceras y aplicando los distintos tratamientos.

- Tras la limpieza de la úlcera, se favorecerá la formación del tejido de granulación y epitelización.

Educación sanitaria en la consulta de enfermería:

- Pacientes diabéticos: llevar un buen control glucémico puede ayudar a prevenir su aparición.
- Tabaquismo: intentar evitar el inicio o abandono del tabaquismo, puede ayudar considerablemente en la pronta recuperación de dichas úlceras.
- Hipertensión arterial: el paciente debe llevar una buena alimentación evitando el uso de la sal.
- Higiene de la piel: debemos revisar los miembros inferiores, sobre todo en diabéticos, en busca de lesiones.
- Uso adecuado de calzado, no andar descalzo para evitar lesiones.
- Cuidado de las uñas, uso de tijeras de punta roma.
- Evitar ropa que comprima y entorpezca la circulación adecuada.
- Realizar un adecuado control de peso.
- Realización de ejercicio físico adecuado para favorecer la circulación.

5 Discusión-Conclusión

La enfermedad arterial periférica tiene una incidencia elevada. El personal de enfermería está capacitado para detectar cualquier complicación, es decir, requiere un seguimiento adecuado para evitar la aparición de isquemia, necrosis y finalmente la amputación del miembro afecto.

La principal complicación de dicha enfermedad es la aparición de úlceras vasculares en los miembros inferiores. Requiere la realización de curas antes y después de la intervención quirúrgica que tiene como finalidad revascularizar la zona afectada. Otro punto importante de abordaje es la educación sanitaria de estos pacientes, hablándoles sobre prevención y sobre los distintos factores de riesgo que favorecen y complican su recuperación.

6 Bibliografía

1. Fukaya E, Margolis DJ. Leg ulcers. In: Lebowitz MG, Heymann WR, Berth-Jones J, Coulson I, eds. *Treatment of Skin Disease: Comprehensive Therapeutic Strategies*. 4th ed. Philadelphia, PA: Elsevier Saunders; 2014:chap 120.
2. Asociación Española de Enfermería Vascular y Heridas. Guía de práctica clínica: Consenso sobre úlceras vasculares y pie diabético. Tercera edición.

Madrid: AEEVH, 2017. Consultado el 31 de mayo de 2018 en: <https://www.aeev.net>

3. Esteban MI. Plan de cuidados individual: revascularización arterial periférica. Serie Trabajos Adaptación al Grado. 2013;

5(3): p. 175-221. Consultado el 30 de mayo en: <http://www.revistareduca.es>

4. Rojo E. Plan de cuidados estándar de enfermería en pacientes con enfermedad arterial periférica sometidos a revascularización infrainguinal. Universidad de Cantabria. 2013. Consultado el 30 de mayo de 2018 en: [5.https://repositorio.unican.es](https://repositorio.unican.es)

Capítulo 88

CALIDAD EN LOS CUIDADOS DE ENFERMERÍA

MARÍA AMORES PAVO

1 Introducción

La enfermería es una profesión que se basa en dar el máximo nivel de cuidados posibles a un paciente. La educación para la salud es fundamental para el bienestar de las personas y para un desarrollo socio-económico sostenido.

La enfermería representa uno de los grupos de profesionales de la salud más grande del sistema sanitario.

Para llegar a un nivel de cuidados óptimo es preciso que los profesionales mantengan una formación adecuada de manera continuada para diferenciar entre los registros, protocolos y las distintas hipótesis que se pueden dar en el día a día.

Para conseguir esta mejoría, cada uno debe responsabilizarse de sus cuidados distinguiendo que vienen determinados por una “estructura”; un “proceso” y un “resultado”.

En la “estructura” diferenciamos los recursos que tienen los profesionales en cuanto al material del que se dispone a la hora de trabajar, la infraestructura dónde se dan los cuidados...

El “proceso” distingue la labor del profesional de enfermería ante los cuidados y el “resultado” nos muestra si el conjunto de estructura y proceso ha conseguido unos cuidados óptimos.

El profesional de enfermería debe conseguir los mejores cuidados minimizando el tiempo de recuperación para ofrecer una mayor calidad asistencial minimizando a su vez el coste sanitario.

2 Objetivos

El objetivo es identificar los cuidados asistenciales inadecuados para fomentar las buenas praxis entre los distintos ámbitos sanitarios y mejorar la calidad de los cuidados y minimizar las complicaciones de éstos.

3 Metodología

El método que hemos utilizado para realizar nuestro trabajo ha sido una revisión bibliográfica de artículos relacionados con el tema a estudiar. Se ha realizado una revisión de varios trabajos relacionados con la calidad asistencial en la enfermería. Para la búsqueda de los artículos, hemos consultado desde revistas científicas a publicaciones tanto nacionales como internacionales.

Se utilizaron las palabras clave: enfermera, calidad en cuidados, cuidados intensivos, control de calidad.

El periodo admitido para las publicaciones ha sido entre el año 1990 hasta 2020. Tras la búsqueda se identificaron 14 referencias bibliográficas.

Primeramente, se eliminaron los trabajos duplicados, y se eliminan 5 artículos.

Posteriormente, se establecieron criterios de inclusión/exclusión para seleccionar los artículos.

Los criterios de inclusión fueron estudios que analizan la calidad asistencial en los cuidados del personal de enfermería, estudios con acceso a texto integral.

Los criterios de exclusión fueron trabajos de estudios de casos y de calidad de cuidados que no sean en un ámbito sanitario.

Tras someterlos al filtro de los criterios, nos quedamos con 7 referencias bibliográficas

4 Resultados

Respecto a los resultados obtenidos, referente a los artículos consultados, nos queda claro la importancia de realizar una buena práctica en los cuidados de enfermería, mantener una formación constante y adecuada por parte de los profesionales de enfermería para estar constantemente actualizados en los conocimientos, y que el personal de enfermería se sienta capacitado de hacer frente a esos cuidados con las herramientas que se les facilitan.

Como ejemplos significativos podemos citar el mantener una vía aérea artificial con una sujeción adecuada del tubo endotraqueal, una revisión periódica de las secreciones, observación del paciente, control de la inserción del tubo... Otro

ejemplo interesante que se podría citar sería la técnica de sondaje nasogástrico, por la molestia que presentan los pacientes en su colocación y que en muchas ocasiones lleva a la autorretirada de ésta por el estrés que llega a producirles. Podrían minimizarse los daños y el estrés con una mayor vigilancia y comunicación con el paciente, realizar la técnica de manera adecuada para no traumatizar especialmente al paciente...Por otro lado también hemos visto que una mala praxis en la técnica de sondaje vesical lleva a una serie de infecciones urinarias por falta de asepsia durante la técnica...

Si no se realiza una buena práctica de cuidados por parte del personal de enfermería, podría suponer el aumento de complicaciones en el paciente, una recuperación más tardía del paciente y un aumento de los gastos sanitarios del sistema de salud. Como citamos en el ejemplo anterior podrían aparecer úlceras iatrogénicas por la presión del tubo orotraqueal, entre otras cosas, si no se mantienen unos cuidados óptimos de buena praxis.

En diversos estudios, hemos encontrado una relación directa entre unos deficientes cuidados enfermeros y un incremento del tiempo de hospitalización.

Podemos citar como ejemplo mayoritariamente observado en estos trabajos el incremento de aproximadamente de unos 10-12 días, dando lugar a la posible aparición de infecciones nosocomiales.

5 Discusión-Conclusión

La detección de las áreas de cuidados exige el análisis de la actividad de enfermería para elegir las medidas correctas a adoptar para unos cuidados óptimos.

Cada unidad debería establecer sus propios protocolos para posteriores evaluaciones y registrarlos de una manera periódica. Es importante tener claros los cuidados y las técnicas, el material que se precisa en cada una de ellas y utilizar guantes estériles cuando sea preciso, hacer técnicas lo más asépticas posibles para evitar infecciones producidas por mala praxis...

Hay que resaltar el papel fundamental que tiene el personal de enfermería en la continuidad y la intensidad de los cuidados, teniendo en cuenta también la importancia de que este sector laboral se mantenga motivado y sienta que tiene la autonomía suficiente para poder introducir los cambios en los cuidados necesarios del día a día de un paciente.

6 Bibliografía

1. Esteban A, Gordo F, Fernández P. Un programa de calidad asistencial en cuidados intensivos, ¿cómo iniciarlo? *Rev Calid Asist* 1996; 11:S18-S24.
2. Pérez Company P. Control de calidad en Enfermería Intensiva. *Enferm Intensiva* 1993;4 Suppl 1:2-6.
3. Asiain MC. Los profesionales de la Medicina Intensiva. *Enfermería en Cuidados Intensivos*. En: Abizanda Campos R, editor. *Medicina Intensiva práctica. La UCI como centro de responsabilidad. Planificación y control*. Madrid: Ideosa; 1991.p.204-21.
4. Carrion MI, Ayuso D, Gonzalez B, Marcos M, Muñoz F, Robles P y cols. Diseño de un programa de control de calidad de enfermería en una UCI. *Enferm. Intensiva* 1995;6:63-8.
5. Valls C, Sanz C, Jover C, Sol N, Sol M, Sáez E, Inglés T, Delgado P, Cerezales J, Blasco M. Programa de calidad asistencial en UCI: análisis de la efectividad de las medidas correctoras. *Enferm Intensiva* 1994;5: 109-14.
6. Schroeder P. Directions and dilemmas in nursing quality assurance. *Nursing Clinics of North America* 1998;23:657-64.
7. Jover C, Sola N. Programa de Calidad de Enfermería en intensivos. Evolución y experiencia. *Rev. Calid. Asist* 1996; 11 S80-S90.

Capítulo 89

NORMAS PARA LA ADMINISTRACIÓN SEGURA DE MEDICAMENTOS VIA PARENTERAL

M. DOLORES BAOS ARANDA

JOSE ESTEBAN ZAPATA LOPEZ

NATALIA DEL FRESNO LÓPEZ

VICTAR ARCOS CIORRAGA

NOELIA DELGADO ARROYO

1 Introducción

La administración de medicamentos supone una de las intervenciones de enfermería más frecuentes en nuestra área de trabajo diaria, por lo que se hace fundamental hacer una estandarización de las normas para su correcta realización, asegurando así la calidad de los cuidados que prestamos a los pacientes a nuestro cargo de forma eficiente y segura.

La administración de medicamentos de forma segura es uno de los principales factores a tener en cuenta dentro de la atención al paciente en todos los niveles del sistema de salud, ya que los medicamentos ayudan de manera considerable a mejorar la calidad de vida de sus usuarios. De manera que, si no se cumple con una administración segura, podría ponerse en peligro la seguridad no solo de los pacientes sino también de la persona que administra dichos medicamentos.

Con el término parenteral nos referimos a la vía de administración de los fármacos en la que se atraviesan una o más capas de la piel o de las membranas mucosas mediante una inyección. La vía parenteral es diariamente empleada tanto en el ámbito intra como extrahospitalario en multitud de situaciones, por lo que se hace aún más importante un adecuado y meticuloso conocimiento de la utilización de la misma.

A la hora de administrar una medicación se debe de actuar sistemáticamente, cumpliendo una serie de pasos que nos aseguren una correcta y segura administración de los mismos

2 Objetivos

- Asegurar la calidad de los cuidados que prestamos a los pacientes a nuestro cargo de forma eficiente y segura.
- Promover la correcta administración de las terapias medicamentosas siguiendo unas recomendaciones generales.
- Disminuir los factores asociados a los errores en la administración de medicamentos.

3 Metodología

Para la realización de este capítulo, se ha realizado una revisión bibliográfica, eligiéndose capítulos de libros, artículos de investigación, guías de práctica clínica, etc., que, tras una profunda y minuciosa lectura, han servido para elaborar un resumen veraz y concreto sobre el tema del que trata este capítulo.

4 Resultados

RECOMENDACIONES GENERALES

- Antes de administrar cualquier medicamento se debe contrastar con el plan terapéutico pautado por el facultativo, comprobando : nombre del medicamento genérico y/o comercial, nombre del paciente, vía de administración, dosis y posología.
- Revisar las fechas de caducidad y comprobar que el fármaco esté en perfectas condiciones. Si se observa cualquier característica inusual como falta de etiqueta, nombre ilegible, indicios de deterioro u otras anomalías devolver al Servicio de Farmacia.

- No olvidar la comprobación de alergias. Si es la primera vez que es administrado un medicamento estaremos alerta, en especial en los casos de hipersensibilidad conocida a otros fármacos.
- Muy importante el conocimiento de los efectos de los medicamentos, vigilar la aparición tanto de reacciones adversas como de efectos esperados.
- Dar a los pacientes la información necesaria y fomentar el autocuidado.
- Acordar junto con el paciente la zona de administración más adecuada para ambos.

REGLAS PARA LA ADMINISTRACIÓN SEGURA DE MEDICAMENTOS(Regla de los 5 correctos)

*Medicamento correcto.

1. Identificar el medicamento y comprobar la fecha de caducidad.
2. Comprobar el nombre de la especialidad al preparar el medicamento.
3. Si existe alguna duda, no administrar y consultar.
4. Se desechará cualquier especialidad farmacéutica que no este correctamente identificada.

*Paciente correcto.

1. Comprobar la identificación del paciente empleando con, al menos, dos datos contrastables, entre los que debe estar en número de historia clínica.

*Dosis correcta.

1. Siempre que una dosis prescrita parezca inadecuada, comprobarla de nuevo.

*Vía correcta.

1. Asegurar que la vía de administración es la correcta.
2. Si no aparece en la prescripción consultar.

*Hora correcta.

1. Prestar especial atención a la administración de antibióticos, antineoplásicos y aquellos medicamentos que exijan un intervalo de dosificación estricto.

*Registrar todos los medicamentos administrados.

1. Registrar y firmar lo antes posible la administración.
2. Si por alguna razón no se administra, registrar en la Hoja de Evolución de Enfermería especificando el motivo y en la hoja de incidencias de Unidosis.
3. Cuando se administre un medicamento “según necesidades”, anotar el motivo de la administración.
4. Nunca olvidar la responsabilidad legal.

Área de prescripción.

La prescripción original debe estar:

- Escrita y firmada por el médico prescriptor.
- Perfectamente legible.
- Debe constar de:
 - Nombre del paciente.
 - Medicamento a administrar.
 - Dosis.
 - Vía de administración.
 - Intervalo de administración.
 - Tiempo de perfusión (si fuera necesario).

No administrar ningún medicamento que no cumpla los requisitos anteriores.

Área de preparación.

- Antes de proceder a la preparación de la medicación realizar un adecuado lavado de manos.
- Cotejar la etiqueta del preparado con la prescripción médica.
- Comprobar la fecha de caducidad.
- Búsqueda de signos de decoloración o precipitación. Nunca administrar un medicamento que no parezca normal.
- Asegurarse del cálculo de la dosis. En caso de duda consultar.
- Preparar el medicamento según el procedimiento específico de cada fármaco.
- Rotular el frasco o jeringa de manera clara: nombre (preferentemente acompañado del NHC, en su defecto n° habitación), vía y compuesto a administrar.
- En caso de sueros de perfusión además de lo anterior anotar el horario.
- Evitar en lo posible las mezclas de medicamentos en el mismo envase.

Área de administración.

- El enfermero/a que prepara el medicamento es el que debe administrarlo. Nunca administrar un medicamento preparado por otra persona.
- Antes de administrar la medicación, verificar la identidad del paciente y la prescripción: nombre del paciente, número de cama, medicamento, dosis, vía y hora.
- Si el paciente tiene dudas sobre la medicación comprobarlo.
- No administrar ningún preparado no prescrito o autorizado por el médico asignado al paciente, aunque lo traiga el paciente.

Registro.

- Anotar los medicamentos administrados en el registro de enfermería, con la firma de la Enfermera que lo ha administrado.

- Anotar la medicación de urgencias.
- Anotar cualquier incidencia o reacción de la medicación.
- En caso de no administrar alguna medicación, anotar el motivo.

ADMINISTRACIÓN PARENTERAL

Se entiende por vía de administración parenteral aquella que introduce el fármaco directamente en el organismo y por tanto aporta el fármaco directamente a la circulación sistémica. Permite el tratamiento de pacientes que no pueden o no deben utilizar la vía oral así como en casos en los que el principio activo no puede ser formulado para administración oral.

Fundamentalmente se distinguen 4 tipos de administración parenteral:

- Intradérmica (ID): Utilizada generalmente para pruebas cutáneas.
- Subcutánea (SC): Permite una rápida absorción de soluciones acuosas, permite también administrar implantes depot. Las principales limitaciones son el reducido volumen a administrar y el frecuente riesgo de dolor y posible necrosis en el lugar de administración.
- Intramuscular (IM): Permite administrar vehículos oleosos, además de soluciones acuosas, implantes depot, etc. Es una vía de administración generalmente molesta, contraindicada para pacientes tratados con anticoagulantes o con trastornos graves de la coagulación.
- Intravenosa (IV): Sólo para soluciones acuosas. Tiene un efecto inmediato pero mayor riesgo de efectos adversos e imposibilidad de retirar el fármaco una vez administrado.

Antes de administrar un fármaco vía parenteral, el enfermero/a debe asegurarse de que se cumplen una serie de premisas:

*Preparar el material necesario; hay que tener en cuenta tanto la elección del tamaño de la jeringa, que dependerá del volumen a administrar, como de la aguja a utilizar.

*Preparar el medicamento. Los medicamentos inyectables pueden encontrarse en ampollas, viales o ya disueltos listos para su administración. Si se trata de ampollas, puede retirarse directamente el contenido una vez abierto el recipiente, mientras que si se trata de viales se debe inyectar previamente en su interior un volumen de aire igual al volumen de la sustancia que albergan. Existen presentaciones en las que es necesario reconstituir el vial que contiene el polvo liofilizado o polvo estéril con el disolvente adecuado y recomendado para su posterior administración. Una vez abierto el vial, si no se ha reconstituido en un ambiente estéril, se recomienda no guardar más de 24 horas y desecharlo por inestabilidad microbiológica.

*Elegir el lugar de inyección. Venas del antebrazo (en caso de administración intravenosa en forma de bolus), venas de la zona distal del antebrazo (en caso de perfusión intravenosa),...

*Administrar el medicamento. Hay que tener en cuenta la velocidad de administración.

CLASIFICACION DE LA VIA PARENTERAL

INTRAVASCULAR

El fármaco se deposita directamente en el lecho vascular, vena o arteria, no existiendo fase de absorción. La biodisponibilidad de estavía es del 100%. a) Administración intraarterial

El medicamento se inyecta directamente en una arteria, que irriga un determinado órgano o sector del organismo. Se realiza cuando se desea dirigir la acción del fármaco a ese órgano determinado; fundamentalmente en medios de diagnóstico (contrastes en radiología) y en perfusión arterial de ciertos citostáticos dirigidos a órganos determinados, con lo que se reduce su acceso a otras zonas del organismo, reduciendo por tanto su toxicidad sistémica. b) Administración intracardiaca

Se utiliza en caso de emergencia, como por ejemplo administración de adrenalina en caso de paro cardíaco. c) Administración intravenosa

Da lugar a una respuesta rápida, intensa, breve y sistémica. En esta vía hay que tener en cuenta:

1. Lugar de administración

-Inyección directa (bolus): se suelen utilizar las venas del antebrazo ya que son de buen tamaño y fácilmente accesibles, siendo las más utilizadas la vena basilíca media y la cefálica media.

-Para la perfusión intravenosa: se utilizan preferentemente las venas de la zona distal del antebrazo (muñeca), principalmente cefálica accesoria y antebraquial mediana, ya que permiten cierta movilidad del brazo del paciente.

-Vía intravenosa central: el extremo del catéter se sitúa en la desembocadura de la vena cava superior, bien a través de una vena periférica (basilíca o cefálica) o bien a través de venas de grueso calibre tributarias directas de las venas cavas (yugular, subclavia y femoral).

+Administración intravenosa directa. Consiste en administrar el medicamento directamente en el punto de inyección que disponen los equipos de administración (palomita o catéter). Se denomina bolus si dura menos de un minuto e intravenosa lenta si dura de 2 a 5 minutos. Se recomienda en la mayor parte de los casos, diluir

el medicamento en la jeringa con una cantidad adicional de SF o API, antes de administrar. Es muy importante evitar las venas de las zonas irritadas, infectadas o lesionadas.

+Perfusión Intermitente. El medicamento se administra diluido en un volumen (entre 50 - 250 mL) de solución intravenosa y en un tiempo limitado. Permite la administración de dosis múltiples con menor fluctuación de concentraciones máximas y mínimas. Es la vía intravenosa de elección de todos los antibióticos entre otros medicamentos.

+Perfusión Continua. El medicamento se administra diluido en un suero de gran volumen (≥ 500 mL) y en un tiempo superior a 240 minutos o bien diluido en un pequeño volumen y administrado mediante bombas de infusión. Es el método de elección para mantener concentraciones plasmáticas constantes, sin fluctuaciones, lo que resulta necesario en situaciones críticas: extrasistolias ventriculares (lidocaína), crisis hipertensivas (nitroprusiato), shock cardiogénico (dopamina), crisis asmáticas (teofilina), sedación del paciente crítico (propofol, midazolam).

5 Discusión-Conclusión

Una de las funciones que debe cumplir el profesional de enfermería es la asistencial y dentro de esta una de las actividades es la administración de medicamentos, entre la que se encuentra la administración por vía parenteral. Debe preparar y administrar de forma cuidadosa y precisa la medicación parenteral, ya que su efecto es imparable una vez inyectada.

La administración parenteral de fármacos requiere de una considerable destreza manual y el uso de una técnica estéril. La preparación del material y la del medicamento, salvo pequeñas particularidades, suelen ser comunes a los cuatro tipos de vías parenterales. La elección del lugar de inyección y la administración del medicamento ya sí que son específicos de cada vía parenteral.

6 Bibliografía

1. Esteve J, Mitjans J. Enfermería. Técnicas clínicas. Madrid: McGraww-Hill Interamericana, 2002.
2. Perry A, Potter PA. Guía clínica de enfermería. Técnicas y procedimientos básicos (cuarta edición). Madrid: Harcourt Brace, 1998.

3. Bordallo Huidrobo JR. Tratamientos parenterales en Atención Primaria. Bomba de perfusión portátil. En: Espinàs J Coord. Guía de Actuación en Atención Primaria. 2ª ed. Barcelona: semFYC, 2002; p.1271-73.

4. Artuñedo P, Delgado MA, Caballero F. Instrumental básico de cirugía menor. En: Arribas JM, Caballero F. Manual de Cirugía Menor y otros Procedimientos en la Consulta del Médico de Familia. Madrid: Merck Sharp & Dohme; 1993.

Capítulo 90

ACTUACIÓN Y SEGUIMIENTO DE ENFERMERÍA EN ATENCIÓN PRIMARIA ANTE CASOS DE OBESIDAD INFANTIL

ELENA MALAGÓN SALCEDO

SANDRA GONZALEZ PARIENTE MARTIN SERRANO

MARTA GONZÁLEZ MOHÍNO SÁNCHEZ MONTAÑÉS

TRINIDAD JIMENEZ DE LOS GALANES SÁNCHEZ

RAQUEL LUNA PARRILLA

1 Introducción

La obesidad es un grave problema de salud pública que se ha extendido en los últimos años de forma alarmante entre niños y adolescentes. Es uno de los problemas de salud pública más graves de este siglo a nivel mundial. La “epidemia del siglo XXI”, como algunos la llaman, está presente en nuestras vidas, pero no por eso es menos peligrosa. Es una enfermedad crónica y multifactorial donde están implicados factores genéticos, metabólicos, psicosociales y ambientales, siendo estos últimos los más importantes del incremento en su prevalencia.

Las principales causas de la obesidad infantil son, el aumento del consumo de alimentos hipercalóricos con alto nivel de grasa saturada y azúcar, y una reducida

actividad física. Existe un desequilibrio entre la ingesta calórica y el gasto energético.

Según los últimos datos expuestos por el Instituto Nacional de Estadística (INE), la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Sociedad española para el estudio de la obesidad (SEEDO), en nuestro país el 18,67% de los niños sufre sobrepeso y el 8,94% son obesos. Se estima que un niño es obeso cuando sobrepasa el 20% de su peso ideal.

Los niños obesos y con sobrepeso tienden a seguir siendo obesos en la edad adulta y tienen más probabilidades de padecer a edades más tempranas enfermedades no transmisibles como la diabetes y las enfermedades cardiovasculares. El sobrepeso, la obesidad y las enfermedades conexas son en gran medida prevenibles. Por eso hay que dar una gran prioridad a la prevención de la obesidad infantil. El hecho de incorporar hábitos de vida saludables en la rutina de los niños, contribuye a una buena salud que persistirá durante la edad adulta.

2 Objetivos

- Observar el impacto que tiene hoy en día la obesidad infantil, tanto por su prevalencia como por sus consecuencias en la salud de los niños.
- Dar a conocer la actuación de enfermería en la consulta de atención primaria, en el seguimiento de niños con obesidad.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo se ha realizado una revisión bibliográfica y se han consultado artículos en la base de datos Medline, seleccionando artículos científicos revisados. Se ha recopilado información en páginas de internet, utilizando sobre todo el buscador Google. Se han consultado también varios artículos de revistas científicas. Las palabras clave utilizadas han sido: obesidad infantil; enfermería; atención primaria.

4 Resultados

Para conocer si un niño es obeso, se utiliza el Índice de Masa Corporal (IMC), correlacionándolo con la edad y el sexo del niño, siguiendo los patrones de crecimiento establecidos por la Organización Mundial de la Salud (OMS) para niños

y adolescentes. El IMC es una cifra que relaciona peso y altura. Se calcula dividiendo los kilogramos de peso por el cuadrado de la estatura en metros ($\text{IMC} = \text{peso [kg]} / \text{estatura [m}^2\text{]}$). Se considera sobrepeso cuando el IMC para la edad y el sexo del niño se encuentra más de una desviación típica por encima de la mediana establecida en los patrones de crecimiento infantil de la OMS, y obesidad cuando el valor del IMC para la edad y el sexo del niño en cuestión supera en más de dos desviaciones típicas la mediana establecida. También pueden ser de interés otras medidas como el perímetro braquial y los pliegues cutáneos.

Además de estos valores, la enfermera puede tener en cuenta otros factores relacionados con el estilo de vida del niño, para determinar si su peso es normal o problemático.

A través de las revisiones infantiles que se realizan de forma programada en los centros de salud o de petición de consulta por parte de los padres por este motivo, la enfermera de atención primaria en colaboración con el pediatra, valorarán la situación en que se encuentra el niño y si es necesario hacer un seguimiento individualizado mediante revisiones en la consulta de atención primaria.

En la consulta de enfermería se procederá a realizar varias actividades:

- Pesar y tallar al niño. Valorando su IMC y si ha habido variación de peso respecto al previo.
- Valorar el diario alimentario y de actividad del niño. El niño o la familia deberán hacer un registro de todos los alimentos que ingiera y de la actividad física que realiza, para ver de esa forma los hábitos del niño, qué cosas están haciendo bien y que otras es necesario cambiar.
- Educación sanitaria sobre hábitos de vida saludables que debe seguir, y hábitos no saludables que es necesario cambiar en cada caso. Esta es la actividad más importante y a la que la enfermera dedicará más tiempo en la consulta.

Recomendaciones o pautas más importantes que se deben seguir:

- Promover una dieta sana, variada y equilibrada, con abundantes frutas, verduras y productos integrales. Incluir en la dieta productos lácteos bajos en grasa (desnatados). Elegir carnes magras, pescados y legumbres como fuentes de proteína.
- Hacer cinco comidas al día. Incluyendo cinco raciones diarias de fruta y verdura. Tomar tentempiés saludables.
- Conocer los tamaños de las raciones adecuadas para la edad del niño. Comer raciones más pequeñas.
- Reducir todo lo posible alimentos ricos en calorías, grasa saturada y azúcares refinados. Elegir grasas saludables, como frutos secos y aceite de oliva. Limitar el consumo de carnes rojas y embutidos.

- Utilizar técnicas culinarias que aporten menos grasa, como cocido, escalfado, al vapor, asados, plancha... limitando frituras, empanados, rebozados, guisos... Limitar las cantidades de aceite, sal y azúcar.
 - Promover la importancia de que el niño tome un desayuno sano y equilibrado. Éste debe incluir leche, fruta y cereales.
 - Realizar una ingesta abundante de agua. Evitar las bebidas azucaradas.
 - No ofrecer los alimentos como premio o castigo, ya que podría asociar los dulces como alimentos buenos y las frutas y verduras como malos.
 - Promover la actividad física diaria. Se recomienda que los niños hagan 60 minutos de actividad moderada todos los días. Buscar maneras de motivar al niño a ser más activo, incorporando el ejercicio físico a las actividades de ocio. Estimularlo en su tiempo libre a jugar, correr, nadar, patinar, montar en bicicleta y practicar deportes y juegos en equipo, que le van a ayudar a socializarse y a tener una mayor autoestima. Promover actividades extraescolares deportivas. Planificar actividades al aire libre y con toda la familia.
 - Reducir el sedentarismo. Los niños y adolescentes no deben ver más de 2 horas de pantallas al día (eso incluye televisión, tablet, ordenador, videojuegos...).
 - Garantizar las horas de sueño adecuadas, ya que no dormir lo suficiente se asocia con la obesidad.
 - Recordar a los padres que los niños imitan a los adultos, por lo que será necesario que los hábitos de vida saludables sean cosa de toda la familia (predicar con el ejemplo).
- Dentro de una atención integral, habrá que valorar si es necesario un abordaje multidisciplinar, sobre todo con la colaboración de un dietista.

5 Discusión-Conclusión

La manera más efectiva para atajar la obesidad infantil es sin duda la prevención primaria, actividad muy importante que desarrolla la enfermería en atención primaria. Mediante las revisiones del programa del niño sano, la enfermera puede observar que niños pueden estar en riesgo, y de ahí hacer un seguimiento más exhaustivo y una educación sanitaria individualizada.

Un cambio en los hábitos de vida hacia hábitos más saludables es básico, tanto para que un niño sano no desarrolle sobrepeso u obesidad, como para que un niño con sobrepeso no termine siendo obeso, o para que un niño obeso consiga bajar de peso y deje de serlo. La mejor estrategia es mejorar la alimentación y los hábitos de ejercicio de toda la familia.

6 Bibliografía

1. Organización Mundial de la Salud (2016). Estrategia mundial sobre régimen alimentario, actividad física y salud. Sobrepeso y obesidad infantiles. Ginebra. Disponible en: http://www.who.int/dietphysicalactivity/childhood_what/es/
2. Dalmau Serra, J et al. (2007). Obesidad infantil. Recomendaciones del Comité de Nutrición de la Asociación Española de Pediatría. *Anales de Pediatría*, Vol. 66 (3), 294-304.
3. Fernández Segura, ME (2005). Experiencias de tratamiento integral de la obesidad infantil en pediatría de Atención Primaria. *Revista Pediatría de Atención Primaria*, Vol. VII, Suplemento 1.
4. Sociedad Española de Dietética y Ciencias de Alimentación (2013). La obesidad infantil en España, un problema creciente del que sabemos poco. Madrid. Disponible en: <http://www.nutricion.org/noticias/noticia.asp?id=67>
5. Medline Plus. Obesidad en niños. Disponible en <https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/007508.htm>
Consultado: 17/04/21.

Capítulo 91

PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EN UN PACIENTE: PLAN DE CUIDADOS

ELENA MALAGÓN SALCEDO

SANDRA GONZALEZ PARIENTE MARTIN SERRANO

MARTA GONZÁLEZ MOHÍNO SÁNCHEZ MONTAÑÉS

TRINIDAD JIMENEZ DE LOS GALANES SÁNCHEZ

RAQUEL LUNA PARRILLA

1 Introducción

Un plan de cuidados es la protocolización de las actuaciones de enfermería según las necesidades de cuidados que presentan grupos de pacientes con un mismo diagnóstico médico, que una vez implantados permiten consolidar la evaluación como eje de mejora de las intervenciones.

Este documento también recoge la propuesta, con actividades y objetivos a conseguir, con la colaboración del paciente así como la de su familia.

El plan de cuidados individualizado se divide en diferentes fases, cada una de las cuales es básica para su buen funcionamiento, los pasos a seguir son:

- Valoración física, cognitiva y social del residente por parte de todo el equipo profesional.
- Detección puntos capacidades y deficiencias del paciente.

- Definición de objetivos y actividades para mejorar el estado integral del paciente.
- Actividades personalizadas para el paciente.
- Realizar seguimientos por parte de todo el equipo, y variación de objetivos si es necesario.
- Evaluación de los resultados y del seguimiento con todo el equipo.

Como introducción hemos escrito brevemente datos sobre la historia clínica del paciente en cuestión donde se explica el motivo de ingreso, sus antecedentes y la medicación que toma. A continuación, hemos realizado la valoración del paciente en base a las 14 necesidades de Virginia Henderson apuntando cuáles de ellas se encuentran alteradas. Una vez realizada la valoración, hemos desarrollado un plan de cuidados, seleccionando los diagnósticos de enfermería junto con los objetivos (NOC) e intervenciones (NIC), cada uno de ellos con su código descriptivo según la taxonomía NANDA.

A continuación pasamos a exponer un resumen de la historia clínica del paciente, cuyos datos personales serán omitidos con el fin de mantener su confidencialidad: Varón de 74 años, que ingresó el día 9/10/20 en la planta de Medicina interna por insuficiencia respiratoria aguda sin causa desencadenante clara. Se descartó tromboembolismo pulmonar y se evidenció cardiopatía valvular avanzada (doble lesión aórtica avanzada). Se solicitó cateterismo cardiaco y coronariografía por el servicio de cardiología que se realizó el día 7/11/20. Se planteó cirugía de recambio valvular por estenosis aórtica y Bypass que el paciente aceptó. Ingresó en UCI el día 7/11/20. Se retiraron los tubos de drenaje el día 9/11/20 tras sangrado total de 530 ml y tras estabilización clínica y hemodinámica se trasladó a la planta ese mismo día.

Antecedentes familiares sin interés. Antecedentes personales: Diabetes mellitus tipo II y en tratamiento desde los 55 años con buen control. Hipertensión arterial en tratamiento con buen control. Cardiopatía valvular isquémica. Prostatismo moderado. Presenta broncopatía con necesidad de broncodilatadores inhalados. Refiere cirugías previas: Apendicitis aguda a los 16 años. Litotricia de riñón derecho a los 55 años. Facoexéresis bilateral.

Refiere insuficiencia venosa. Poliglobulia tratada con sangrías cada 3 meses. Oxigenoterapia domiciliaria (8-10h/día). Refiere artrosis y osteoporosis.

No refiere alergias medicamentosas ni alimenticias. No refiere hepatopatía ni nefropatía. No refiere transfusiones previas. No refiere enfermedad psiquiátrica. No presenta dislipemias ni hiperuricemia. No refiere habito enólico. Exfumador (1,5 paquetes/día desde los 18 años a los 59).

Medicación habitual del paciente:

Antidiabéticos: Jardiance 25, Amaryl 4, Dianben 850, trajenta 5.

Antihipertensivos: Losartan 100

Tratamiento para enfermedad pulmonar: furoato de fluticasona/vilanterol

Medicación actual desde intervención quirúrgica:

Acenocumarol 4 mg, Alprazolam 0.5mg, Atorvastatina 10mg, Bromuro de ipatro-
pio nebulización 250 mcg, Budesonida nebulización 0.5 mg/ml, Carvedilol

6.25mg, Enoxaparina 60 mg, Espironolactona 25 mg, Furosemida 40mg, Insulina
regular 100UI/ml, Omeprazol 20 mg, Sacubitrilo/valsartan 24/26mg,

Vildagliptina 50 mg

2 Objetivos

- Describir un Proceso de Atención de Enfermería (PAE) que permita mejorar el estado general de un paciente en su ingreso hospitalario.
- Detallar las intervenciones de enfermería que permiten conseguir la independencia de los pacientes.

3 Metodología

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

4 Resultados

Como resultado de la valoración de las catorce necesidades de Virginia Henderson en el paciente, se obtuvo un plan de cuidados estandarizado y personalizado acorde a sus características, que exponemos a continuación.

1. Patrón respiratorio ineficaz (00032): La inspiración o espiración no proporciona una ventilación adecuada

Características definitorias:

- Disminución de la capacidad vital
- Uso de los músculos accesorios para respirar

Factores relacionados:

- Fatiga de los músculos respiratorios

- Broncopatía

- Dolor

NOC

Mejorar el estado respiratorio: Ventilación (403). El paciente mejorará el movimiento de entrada y salida del aire en los pulmones durante la estancia en el hospital.

Estado respiratorio: permeabilidad de las vías respiratorias (410): El paciente mantendrá las vías traqueobronquiales abiertas, despejadas y limpias para el intercambio del aire durante la estancia en el hospital.

NIC

Oxigenoterapia (3320): Se administrará al paciente oxígeno y se controlará la eficacia. Vigilaremos el estado respiratorio y la oxigenación, durante el tiempo que esté ingresado.

Manejo de las vías aéreas (3140): Se asegurará la permeabilidad de las vías aéreas, colocando al paciente en una posición que le permita respirar con facilidad. Enseñaremos al paciente a usar correctamente los inhaladores prescritos, y administraremos aire u oxígeno humidificados si procede.

2. Fatiga (00093): Sensación sostenida y abrumadora de agotamiento y disminución de la capacidad para el trabajo mental y físico a nivel habitual.

Características definitorias:

- Aumento de los requerimientos de descanso
- Incapacidad para mantener las actividades habituales
- Disminución de la ejecución de tareas

Factores relacionados:

- Malestar físico
- Estados de enfermedad

NOC

Tolerancia a la actividad (00005): Se valorará la respuesta a los movimientos corporales que consumen energía, implicados en las actividades diarias necesarias o deseadas. El paciente mejorará su estado durante los momentos de más actividad con ayuda de nuestras indicaciones.

Conservación de la energía (00002): El paciente logrará el grado de energía necesaria para iniciar y mantener la actividad.

Descanso (00003): El paciente conseguirá el grado y patrón de la disminución de actividad para la recuperación mental y física durante el tiempo de ingreso.

NIC

Manejo de energía (180): El paciente intentará la regulación del uso de la energía para tratar o evitar la fatiga y mejorar las funciones. Vigilaremos la respuesta

cardiorrespiratoria a la actividad, y observaremos la localización y naturaleza de la molestia o dolor durante un movimiento o actividad. Le diremos al paciente que favorezca el reposo y alterne con momentos de actividad mientras esté ingresado. Cuidados cardíacos: rehabilitación (4046): En el caso de este paciente que está en periodo postoperatorio, veremos las limitaciones de las complicaciones derivadas de su enfermedad y sus síntomas de deterioro de la función cardíaca. Comprobaremos la tolerancia a la actividad del paciente. Instruiremos al paciente y a su familia sobre la modificación de los factores de riesgo cardíacos, por ejemplo, dieta y ejercicio. También aconsejaremos al paciente y su familia a acudir a los servicios de urgencias disponibles cuando proceda, así como las consideraciones especiales correspondientes a las actividades de la vida diaria, y sobre los fármacos adecuados tanto prescritos como a libre disposición.

3. Deterioro de la movilidad física (00085): Limitación del movimiento independiente, intencionado del cuerpo o de una o más extremidades.

Características definitorias:

- Inestabilidad postural durante la ejecución de las actividades habituales de la vida diaria.
- Limitación de la habilidad para las habilidades motoras groseras
- Falta de aliento
- Cambios en la marcha

Factores relacionados:

- Intolerancia a la actividad y disminución de la fuerza y resistencia
- Limitación de la resistencia cardiovascular

NOC

Movilidad (208): Valoraremos en el paciente la capacidad para moverse con resolución en el entorno independientemente con o sin mecanismo de ayuda. Y este será capaz de conseguir el un grado de movilidad adecuado de acuerdo con sus posibilidades durante su estancia en el hospital.

Conocimiento de la actividad prescrita (01811): Comprobaremos la magnitud de la comprensión del paciente sobre la actividad y el ejercicio prescrito mientras esté ingresado.

NIC

Fomento del ejercicio (200): Se intentará que el paciente regularmente realice ejercicios físicos con el fin de mantener o mejorar el estado físico y el nivel de salud. Informaremos al paciente sobre el beneficio de ejercicio físico. Instruiremos al paciente acerca del tipo de ejercicio adecuado para su nivel de salud, en colaboración con su médico y fisioterapeuta. Proporcionaremos al paciente una respuesta positiva en sus esfuerzos, le enseñaremos técnicas de respiración ade-

cuadas para maximizar la absorción de oxígeno durante la actividad física.

Terapia de ejercicios: deambulación (221): Proporcionaremos al paciente estímulos y asistencia en la deambulación para mantener o restablecer las funciones corporales autónomas y voluntarias durante el tratamiento y recuperación de su enfermedad. Por ejemplo, enseñaremos al paciente a colocarse en las posturas que más cómodo se sienta. Le instruiremos acerca de técnicas de traslado y deambulación seguras. Le sugeriremos que utilice un calzado cómodo que ayude a la deambulación y evite lesiones.

4. Riesgo de deterioro de la integridad cutánea (00047): Riesgo de que la piel se vea negativamente afectada. En este caso por la poca movilidad del paciente y por su problema de la insuficiencia venosa y diabetes.

Factores relacionados:

- Alteración de la circulación
- Inmovilización física

NOC

Control del riesgo (1902): Llevaremos a cabo las acciones para eliminar o reducir las amenazas para su salud, reales, personales y modificables del paciente en el tiempo que este ingresado.

NIC

Vigilancia de la piel (3590): Recogeremos y analizaremos los datos del paciente con el propósito de mantener la integridad de la piel y de las membranas mucosas. Observaremos las piernas del paciente debido a sus patologías anteriormente dichas. Veremos si hay erupciones o abrasiones, tomaremos nota de los cambios que sufran. Comprobaremos su color, pulso, textura y ulceraciones si las hubiera. Conocimiento de la actividad prescrita (01811): Comprobaremos la magnitud de la comprensión del paciente sobre la actividad y el ejercicio prescrito mientras esté ingresado.

NIC

Fomento del ejercicio (200): Se intentará que el paciente regularmente realice ejercicios físicos con el fin de mantener o mejorar el estado físico y el nivel de salud. Informaremos al paciente sobre el beneficio de ejercicio físico. Instruiremos al paciente acerca del tipo de ejercicio adecuado para su nivel de salud, en colaboración con su médico y fisioterapeuta. Proporcionaremos al paciente una respuesta positiva en sus esfuerzos, le enseñaremos técnicas de respiración adecuadas para maximizar la absorción de oxígeno durante la actividad física.

Terapia de ejercicios: deambulación (221): Proporcionaremos al paciente estímulos y asistencia en la deambulación para mantener o restablecer las funciones corporales autónomas y voluntarias durante el tratamiento y recuperación de

su enfermedad. Por ejemplo, enseñaremos al paciente a colocarse en las posturas que más cómodo se sienta. Le instruiremos acerca de técnicas de traslado y deambulación seguras. Le sugeriremos que utilice un calzado cómodo que ayude a la deambulación y evite lesiones.

4. Riesgo de deterioro de la integridad cutánea (00047): Riesgo de que la piel se vea negativamente afectada. En este caso por la poca movilidad del paciente y por su problema de la insuficiencia venosa y diabetes.

Factores relacionados:

- Alteración de la circulación
- Inmovilización física

NOC

Control del riesgo (1902): Llevaremos a cabo las acciones para eliminar o reducir las amenazas para su salud, reales, personales y modificables del paciente en el tiempo que este ingresado.

NIC

Vigilancia de la piel (3590): Recogeremos y analizaremos los datos del paciente con el propósito de mantener la integridad de la piel y de las membranas mucosas. Observaremos las piernas del paciente debido a sus patologías anteriormente dichas. Veremos si hay erupciones o abrasiones, tomaremos nota de los cambios que sufran. Comprobaremos su color, pulso, textura y ulceraciones si las hubiera.

5. Riesgo de déficit de volumen de líquidos (00028): Riesgo de sufrir una disminución del líquido intravascular, intersticial o intracelular.

5 Discusión-Conclusión

Tras una valoración minuciosa del paciente y del desarrollo de cada una de las necesidades, se pudo llevar a cabo la realización de un plan de cuidados basándonos en sus características.

No se puede demostrar a través de este PAE que el paciente, una vez se encuentre en su domicilio seguirá las intervenciones creadas por el equipo de enfermería, pero sí se vio durante su ingreso hospitalario que el paciente mejoró por encima de lo esperado su estado general.

No se han encontrado conflictos de intereses por ninguna de las partes que ha llevado a cabo la realización de este plan de cuidados.

6 Bibliografía

1. NANDA internacional. Diagnósticos enfermeros. Definiciones y clasificación

2015-2017. Barcelona: Elsevier; 2015.

2. Allegra. Plan de cuidados individualizado para ancianos [Internet]. Allegra.cat. 2019 [citado el 17 de abril de 2021]. Disponible en: <https://allegra.cat/es/plancuidados-individualizado/>

3. Planes de Cuidados [Internet]. Hgucr.es. [citado el 17 de abril de 2021]. Disponible en: <http://www.hgucr.es/areas/area-de-enfermeria/planes-decuidados/>

Capítulo 92

ENFERMERIA : LA "TETAANALGESIA": MÉTODO PARA DISMINUIR EL DOLOR EN EL LACTANTE EN EL ACTO VACUNACIONAL

ELENA MALAGÓN SALCEDO

MARTA GONZÁLEZ MOHÍNO SÁNCHEZ MONTAÑÉS

SANDRA GONZALEZ PARIENTE MARTIN SERRANO

TRINIDAD JIMENEZ DE LOS GALANES SÁNCHEZ

RAQUEL LUNA PARRILLA

1 Introducción

La Asociación Española de Pediatría (AEP) considera el periodo de niño lactante hasta los 24 meses de edad. Durante este periodo, el niño pasa por el periodo vacunal más importante de su desarrollo inmunológico. Siguiendo el calendario vacunal de la AEP, se deberían de administrar 10 vacunas al lactante siendo en total 25 inyecciones intramusculares por las que deberían de pasar en este primer periodo de vida.

La vacunación es una actividad básica y eficaz preventiva para inmunizar al recién nacido y niños frente a múltiples enfermedades, muchas de las cuales están prácticamente erradicadas gracias a ello. A su vez, la vacunación genera llanto,

dolor y estrés, ocasionando en un futuro temor al acto vacunal y miedo a acudir a la consulta, en su mayoría, de enfermería.

La IASP (International Association for the Study of Pain) define dolor como "una experiencia sensorial y emocional desagradable asociada con un daño tisular real o potencial, o descrita en tales términos".

El dolor es subjetivo. Varios expertos afirman que no se puede aplicar el dolor en neonatos, ya que esta definición llevaría implícita la expresión de la experiencia dolorosa. Además, en esta etapa infantil, es muy complicado diferenciar el dolor entre el temor, miedo, estrés u otras situaciones que no impliquen un dolor físico. Durante años, se ha ignorado el dolor en recién nacidos, a pesar de ser un derecho humano básico a cualquier edad. Se ha tratado de forma insuficiente debido a la dificultad para expresar este dolor verbalmente y la falsa creencia de que los neonatos carecían de vías fisiológicas necesarias para desarrollar el dolor.

Se ha demostrado que en la edad gestacional de 37 semanas, ya se han desarrollado todos los componentes anatómicos, neurofisiológicos y hormonales para la recepción de estímulos nerviosos, incluyendo la mielinización de las vías del dolor en tronco cerebral, tálamo y tractos nerviosos espinales.

Además, en el recién nacido aún están inmaduros muchos mecanismos inhibitorios del dolor, por lo que el neonato puede percibir de forma más intensa el dolor que un niño de mayor edad o un adulto.

Una exposición temprana, repetida y prolongada en el tiempo al dolor puede producir alteraciones en el desarrollo cognitivo en los neonatos.

El principal problema a la hora de valorar el dolor en el lactante es la dificultad de objetivar este, sobre todo en la primera etapa de vida. Para ello, se utilizan parámetros dentro de cambios en el comportamiento como la expresión facial, actividad motora, llanto, capacidad para conciliar el sueño, consuelo difícil después del procedimiento o medidores fisiológicos como la frecuencia cardíaca, frecuencia respiratoria, tensión arterial, saturación de oxígeno, sudoración palmar, niveles de cortisol y catecolaminas.

La "tetaanalgesia" es un neologismo de "succión no nutritiva". En el acto de amamantar, podemos diferenciar como succión nutritiva que es la empleada por el niño para poder extraer leche del pecho materno y la succión no nutritiva, en la que el niño encuentra consuelo, calma y, por consiguiente, disminución del dolor ante determinados procedimientos, aumentando más aún el efecto placentero el mero hecho de estar en contacto con la madre y reconocer su olor, su tacto y su calor.

2 Objetivos

Analizar la eficacia de la succión no nutritiva en lactantes como método para paliar el dolor en el acto de vacunación.

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 succión no nutritiva se ha mostrado eficaz para conseguir una disminución del dolor. A su vez, la lactancia materna (LM) y el contacto piel con piel se ha demostrado ser técnicas efectivas para disminuir el dolor en neonatos.

La succión no nutritiva se ha mostrado eficaz para disminuir el grado de dolor.

Así como la lactancia materna y el contacto piel con piel o método canguro han demostrado ser técnicas efectivas para disminuir la sensación dolorosa.

También se recomienda facilitar la posición fetal sosteniendo las extremidades del neonato flexionadas y cerca del tronco lo cual reduce la frecuencia cardíaca y disminuye el llanto.

A continuación, exponemos los principales resultados de varios estudios sobre la eficacia de la lactancia materna para disminuir el dolor en la vacunación en niños.

Estudio 1: Lactancia materna para el dolor de procedimiento en bebés más allá del período neonatal.

- Resultados: Se incluyeron 10 estudios con un total de 1066 neonatos. La primera respuesta fue el dolor. El amamantamiento disminuyó la reacción al dolor durante la vacunación, al compararla con la administración de agua oral, caricias, glucosa oral, anestesia tópica, masaje o ningún tratamiento. En el conjunto de neonatos (n=547) donde se estimó la persistencia del lloro, el amamantamiento comparando a otros tipos de tratamiento dio lugar a una reducción de 38 segundos (DM -38, IC del 95%: -50 a -26; $P < 0,00001$). En el grupo (n = 310 lactantes) donde se evaluó las puntuaciones de dolor. El amamantamiento se relacionó con una disminución de 1.7 las puntuaciones de dolor estandarizadas (SMD -1.7, IC

del 95% -2.2 a -1.3). El amamantamiento fue más eficaz para disminuir tiempo del lloro o el puntaje de dolor en la aplicación de las vacunas en semejanza con el suero glucosado+ crema anestésica y caricias maternales + masajes.

Estudio 2: Alivio del dolor y el estrés al vacunar. Síntesis de la evidencia. Recomendaciones del Comité Asesor de Vacunas de la EAP.

- Resultados: Los métodos que demostraron ser efectivos para la disminución del dolor son: amamantar al bebé momentos previos, durante y posterior a la inyección; cuando la lactancia materna no fuera posible se pueden usar soluciones azucaradas; los anestésicos tópicos son una opción, sin embargo para lograr su efecto necesitan tiempo y además cuestan; no aspirar en la aplicación intramuscular y realizarlo rápidamente; aplicar los biológicos de tal modo que la vacuna más dolorosa se aplique al último; aplicar de forma paralela más de un biológico y no de manera secuencial; tener al infante en brazos; y usar métodos para que los niños de 2-14 años se distraigan.

Estudio 3: Amamantamiento y contacto piel a piel en el alivio del dolor en los recién nacidos en la vacuna contra la Hepatitis B (15)

- Resultados: Al comparar el efecto del alivio de dolor, causado por la inyección en la vacunación contra Hepatitis B, entre el grupo de infantes tratados con el contacto piel a piel materno (CPP=38) versus el grupo de niños tratados con lactancia materna combinada con contacto materno piel a piel (LCPP=27), se encontró que el grupo de RN tratados con LCPP, presentó menores puntuaciones del Sistema de Codificación Facial Neonatal (SCFN) durante la compresión y la recuperación.

Estudio 4: Evaluación del dolor en niños de 2, 4 y 6 meses después de la aplicación de métodos de analgesia no farmacológica durante la vacunación.

- Resultados: Al medirse el lloro de los infantes de 2 y 6 meses considerándolo como manifestación de dolor, éste fue significativamente menor en los infantes con lactancia materna que en los infantes con succión no nutritiva ($p = 0,025$ y $p <$

$0,001$) y en los que tomaron Solución de glucosa al 50% -SG50 ($p = 0,025$ y $p = 0,001$), sin significación estadística a los 4 meses ($p = 0,21$ y $p = 0,27$). Por otro lado no existieron grandes diferencias en los infantes con succión no nutritiva y SG50 a los 2, 4 y 6 meses ($p = 0,66$; $p = 0,93$ y $p = 0,45$, respectivamente). La duración del lloro fue mucho menos a los 6 meses en los niños con lactancia que en los que recibieron succión no nutritiva o SG50 ($p = 0,013$ y $p = 0,017$). Ningún niño amamantado ($n = 129$) presentó efectos secundarios.

Estudio 5: Eficacia de la lactancia materna en el dolor de los bebés durante las vacunas.

- Resultados: Los bebés en el equipo control experimentaron dolor intenso; los

bebés en el equipo de lactancia sintieron dolor moderado durante las inyecciones de la vacuna ($p < 0.05$). La puntuación NIPS (Escala de Dolor Infantil Neonatal) de los bebés en el grupo de amamantamiento fue más baja en comparación del grupo de control durante las inyecciones de vacuna. El grupo de lactancia pasó menos tiempo llorando y tuvo una frecuencia cardíaca más baja y valores altos de SAT O₂ durante las inyecciones de vacunas.

Estudio 6: Lactancia materna para control del dolor agudo en lactantes: ensayo clínico controlado, ciego simple (18).

En este estudio se realizó con tres grupos:

Grupo de lactancia materna: presentó en menor tiempo el llanto ($p = 0,007$) y menor puntuación de dolor a los 90 ($p = 0,006$) y 120 ($p = 0,003$) en segundos. En el grupo de lactancia con sucedáneos y grupo control (sin ninguna intervención) sin diferencia con respecto al llanto ni la escala de dolor.

Estudio 7: Efecto de la dextrosa y la lactancia materna en el alivio del dolor en recién nacidos.

- Resultados: En la investigación hubo predominio de RNAT (58%), varones (68%) y con APN (70%). El puntaje promedio de acuerdo a la escala de dolor de Givens: 10.76 puntos. De los RN expuestos a procedimientos dolorosos el 73,3% sintió intenso dolor, un 21,7% dolor moderado y 5% de los RN no presentó dolencia. La dextrosa tuvo más efecto analgésico con una probabilidad de 0.473, en comparación con el amamantamiento con una probabilidad de 0.201 en prácticas de rutina en RN hospitalizados.

5 Discusión-Conclusión

El neonato es capaz de percibir dolor presentando respuestas fisiológicas y hormonales exageradas frente a un mismo estímulo doloroso que en niños o adultos. Una exposición temprana, repetida y prolongada al dolor en los recién nacidos conlleva a que presenten consecuencias negativas a corto y largo plazo durante su desarrollo cognitivo y aprendizaje.

Según en el estudio “Lactancia materna para el dolor de procedimiento en bebés más allá del periodo neonatal” el amamantamiento ayuda a reducir el dolor en la aplicación de la vacuna en los bebés de más de 28 días.

Tal y como se dice en el estudio “Evaluación del dolor en niños de 2, 4 y 6 meses después de la aplicación de métodos de analgesia no farmacológica durante la vacunación”, en los bebés nacido con edad gestacional y peso adecuados, la LM minimiza el dolor al aplicarse 1 y 2 vacunas inyectables

6 Bibliografía

1. Francisco José Álvarez García, María José Cilleruelo Ortega, Javier Álvarez Aldeán, María Garcés-Sánchez, Nuria García Sánchez, Elisa Garrote Llanos, Ángel Hernández Merino, Antonio Iofrío de Arce, Abián Montesdeoca Melián, María Luisa Navarro Gómez, Jesús Ruiz-Contreras
Immunisation schedule of the Pediatric Spanish Association: 2021 recommendations
Anales de Pediatría (English Edition), Volume 94, Issue 1, January 2021, Pages 53.e1-53.e10
2. García, N., Merino, M., García, C., Lacarta, I. Alivio del dolor y el estrés al vacunar. Síntesis de la evidencia. Recomendaciones del Comité Asesor de Vacunas de la AEP. Rev Pediatr Aten Primaria. 2015; 17:317-27.
3. Vidal M, Calderón E, Martínez E, González A, Torres L. Dolor en neonatos. Revista de la Sociedad Española del Dolor (SED). 2005; 12: 98-111.
4. González C, Medina I. Revisión Bibliográfica en el manejo del dolor neonatal. ENE Revista de enfermería. 2012; 6(3): 98-111.
5. Gallegos J, Salazar M. Dolor en el neonato: humanización del cuidado neonatal. Enfermería Neurológica. México. 2010; 9(1): 26-31
6. Romero H, García C, Galindo J. Manejo del dolor en neonatos hospitalizado. Repertorio de Medicina y Cirugía. 2015; 24(3): 182-193.
7. Vinall J, Grunau R. Impact of repeated procedural pain-related stress in infants born very preterm. Pediatric Research. 2014; 75(5): 584-587.
8. Vinall J, Grunau R. Impact of repeated procedural pain-related stress in infants born very preterm. Pediatric Research. 2014; 75(5): 584-587.

Capítulo 93

CUIDADOS DE ENFERMERIA A UN PACIENTE CON HIPERTENSIÓN

ADELA RUIZ MUÑOZ

ELENA MELERO MORENO

RODRIGO MARTÍN DE LA SIERRA RUIZ DE PASCUAL

BEATRIZ HUERTAS LÓPEZ

MARTA MONESCILLO CABALLERO

1 Introducción

Para poder entender que es la hipertensión arterial primero debemos saber que es la presión arterial. La presión arterial es la fuerza generada contra las paredes de las arterias a medida que el corazón ejerce su función de bombeo de sangre al cuerpo. El término hipertensión arterial es nombre que se utiliza cuando la presión arterial supera un nivel considerado como el máximo.

Esta alteración es importante diagnosticarla de manera temprana, ya que si no se trata puede causar efectos secundarios graves afectando a distintos órganos importantes como el corazón, cerebro, a riñones y ojos, y otros tantos problemas de salud.

La tensión o presión arterial se mide con dos cifras, una superior llamada presión arterial sistólica y un número inferior llamada presión arterial diastólica, ejemplo:

120/80 mmHg respectivamente.

Hay diferentes causas y factores que la pueden desencadenar conllevando así a la afectación de órganos como puede ser el riñón, vasos sanguíneos, hormonas...lo más habitual es que a medida que la edad avanza las personas suelen tener la tensión arterial más elevada y eso se debe a la rigidez de los vasos, generando así la mayor probabilidad de tener un accidente cerebrovascular, infartos, insuficiencia en algún órgano, o incluso la muerte. Hay otros factores que también pueden predisponer a la hipertensión arterial, como la raza negra, ser obeso, fumador, estrés, ser diabético,...

2 Objetivos

- Definir la hipertensión arterial y las consecuencias de ella.
- Explicar los cuidados de enfermería que se realizan en un paciente con hipertensión arterial.

3 Caso clínico

Mujer de 47 años de edad, casada y con 3 hijos, sin alergias medicamentosas, acude a consulta de su enfermera de atención primaria para control de la tensión arterial, ya que hace días acudió a consulta de cardiología y le recomendó que vigilase mejor sus cifras de tensión. Fue diagnosticada hace 6 años y está a tratamiento con varios fármacos antihipertensivos para conseguir un control adecuado, pero con esto no es suficiente. Cuando fue diagnosticada acudió a realizarse estudios como ecografía renal, eco-doppler siendo normales. La ecocardiografía realizada en la consulta de cardiología se encontró una hipertrofia del ventrículo izquierdo. En el último control analítico se objetiva una hipopotasemia lo que le conlleva a tener dificultad para lograr un adecuado control de la tensión arterial, por ello el cardiólogo le adjuntó a su medicación habitual la espironolactona, un ahorrador de potasio. Tras realizar una valoración de enfermería y obtener las necesidades de la paciente se le da unas indicaciones para llevar un mejor estilo de vida como puede ser la alimentación donde recomendaremos disminuir el consumo de sal yodada y alimentos que la contenga, disminución de grasas y la prescripción de ejercicio físico para ayudar a controlar sus cifras de presión arterial.

Dos meses más tarde acude a nuestra consulta de nuevo y sus cifras persisten elevadas, tras haberse realizado de nuevo un control analítico hace unos días, la hipopotasemia ha disminuido levemente. Revisamos de nuevo todo el tratamiento no farmacológico. La paciente confiesa que le es imposible comer

sano debido a su ansiedad y poco tiempo para elaborar platos sanos. Realizamos de nuevo educación sanitaria sobre alimentación y ejercicio físico, buscando las preferencias de la paciente y adaptándonos a su vida diaria.

4 Discusión-Conclusión

Para tratar la hipertensión arterial debemos no solo centrarnos en los fármacos, sino también en qué tipo de vida lleva la paciente, ya que muchos factores externos pueden ocasionarla y en los que debemos incidir, ya que en ocasiones pueden evitarse el uso de fármacos si primeramente actuamos en dichos factores.

Si realizamos una valoración de enfermería podremos obtener cuáles son los puntos donde podemos incidir para elaborar un plan de cuidados. Debemos motivar siempre a los pacientes, no centrarnos en los fallos si no se consiguen los objetivos a la primera, debemos hacerles ver que el tratamiento farmacológico no tiene por qué verse como la solución definitiva, si conseguimos llevar una vida saludable y realizar ejercicio a menudo puede ayudar mucho en el control de la tensión arterial.

5 Bibliografía

1. MedlinePlus en español [Internet]. Bethesda (MD): Biblioteca Nacional de Medicina (EE. UU.); [actualizado 28 ago. 2019; consulta 30 ago 2019]. Disponible en: <https://medlineplus.gov/spanish/>.
2. Norma General Administrativa N° 19, Gestión del Cuidado de Enfermería para la Atención Cerrada. mht. Resolución 1127.07.2007 doc. Santiago, 14, 1.12.2007. Disponible en: <http://bit.ly/Vh8fC9>.
3. Giraldo Osorio A, Toro Rosero MY, Macías Ladino AM, Valencia Garcés CA, Palacio Rodríguez S. La promoción de la salud como estrategia para el fomento de estilos de vida saludables. Revista Hacia la Promoción de la Salud. 2010; 15(1):128-43.

Capítulo 94

ENFERMERIA: ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA CON EL MÉTODO BABY- LED WEANING (BLW)

ADELA RUIZ MUÑOZ

ELENA MELERO MORENO

RODRIGO MARTÍN DE LA SIERRA RUIZ DE PASCUAL

BEATRIZ HUERTAS LÓPEZ

MARTA MONESCILLO CABALLERO

1 Introducción

Según la OMS (organización mundial de la salud) la alimentación complementaria comienza a partir de los 6 meses hasta los 24 meses de edad. También denominada “alimentación beikost”.

Este proceso se inicia cuando la lactancia tanto materna y/o artificial ya no cubre las necesidades nutricionales del lactante, por ello, se requiere de otros alimentos líquidos y sólidos. A medida que el lactante va creciendo, las necesidades nutricionales van cambiando.

La lactancia no hay que abandonarla cuando se inicia la alimentación complementaria, por ello hay que ofrecer dicho alimento tras las comidas.

Desde siempre la alimentación complementaria tras el destete era a través de purés, pero desde hace unos años se encuentra este tipo de alimentación, siendo

la más popular en las familias.

La BLW es la alimentación dirigida por el bebé, es decir, el bebé es quien dirige el proceso del cambio hacia la alimentación variada. Su objetivo principal es la introducción de alimentos sólidos a partir de los 6 meses de edad, dotando al lactante de un mayor control de su ingesta. Éste se alimenta con sus propias manos.

Es capaz de regular el cuánto y con qué rapidez quiere comer, desarrollando de ésta manera su sensación de saciedad y autonomía.

Este método previene la obesidad infantil, pero es importante conocer su buena realización para que el niño no tenga un déficit nutricional.

2 Objetivos

Objetivos principales del capítulo :

- Conocer la evidencia y eficacia del método de alimentación BWL.
- Identificar los beneficios e inconvenientes por parte de enfermería.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática sobre la literatura científica existente. Se 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 conclusiones sacadas de la alimentación dirigida por el bebé son las siguientes:

- El hierro y vitamina B12 en la alimentación complementaria pueden ser insuficientes por la escasa cantidad de alimentos que llevan dichos micronutrientes.
- Lo que más intranquilidad da a los padres al inicio de ésta técnica de alimentación es el atragantamiento y/o la asfixia. Según las diferentes fuentes vemos que hay muy pocas posibilidades de que ello ocurra, puesto que el niño controla lo que se introduce a la boca. Si les da una arcada, el alimento regresa a la parte anterior de la boca y lo vuelven a aplastar hasta que ya lo puedan tragar,

por ello, hay que evitar los alimentos pequeños y duros como aceitunas, frutos secos, manzana o zanahoria cruda.

- Previene el sobrepeso y obesidad infantil, ya que promueve estilos saludables de alimentación.

Ventajas:

- Fomenta el desarrollo de habilidades motoras y estimulación sensorial.
- Se le da al niño un papel de autonomía y seguridad. El bebé come los alimentos que hay en la mesa. No hace falta comprar otros productos, ni guisarlos de modo especial. El niño se va acostumbrando a las comidas de su cultura.

- Comen despacio e inclinan sus gustos hacia los alimentos más saludables.

Comen con el resto de la familia.

- Se evita el paso intermedio de papillas y purés (aunque no es incompatible) y una nueva transición cuando ya sea el momento de pasar a la comida casera.

Para iniciar este método, hay que demostrar la capacidad del lactante para:

- Mantenerse sentado y estable.

- Capacidad de agarrar los alimentos con las manos y llevárselos a la boca.

- Coordinación del ojo- mano- boca.

- Mostrar interés por la comida así como las muestras de saciedad/ hambre a través de los lloros y los gestos.

Siguiendo la BLW, es importante que el bebé haya adquirido una serie de habilidades:

- Pérdida del reflejo de extrusión.

- Coordinación ojo- mano- boca.

- Capacidad de mantenerse sentado de forma estable, erguida y autónoma.

- Mostrar saciedad y/o hambre a través de gestos como abrir y/o cerrar la boca, girar y/o retirar la cabeza ante la negación de la introducción de los alimentos.

- Mostrar cierto interés por la comida.

297

Ventajas de la BLW a diferencia del método de alimentación complementaria convencional:

- Desarrollo de ciertas habilidades como la motricidad, coordinación y masticación.

- Prueba más alimentos, ya que muestran más interés por la comida del plato de la madre.

- No hace manías en las comidas.

- Se ofrece cualquier alimento.

- Comen al mismo tiempo que la familia. Regulan la cantidad que comen en función a sus necesidades. No hay que obligarles ni meterles prisa por comer.

- El bebé marca su velocidad en las comidas.
- Se atragantan menos.
- No existe un proceso de transición de los alimentos triturados a sólidos.
- Disminuyen los conflictos familiares.

Alimentos que se pueden usar:

- Verduras cocinadas al vapor o ligeramente asadas, cocidas o fritas. Pueden estar enteras o cortadas en trozos del tamaño de un dedo.
- Frutas y verduras crudas o cortadas en forma de “palito”.
- Carne guisada, cocida o a la plancha, cortada en tiras o con una parte larga para que lo puedan agarrar bien.
- Es conveniente ofrecer un poco de agua durante o después de las comidas.

No hay una orden de introducción de los alimentos, pero si debemos saber que los alimentos “prohibidos” debemos retrasarlos hasta los 12 meses o más; estos alimentos son: sal, miel, frutos secos, azúcar,...

La consistencia del alimento al principio debe ser blanda, de esta manera el bebé lo puede morder y aplastar con las encías y lengua. También le podemos ofrecer los alimentos de forma alargada para que los pueda chupar, agarrar y comer de una manera más cómoda.

Importante saber que hay que introducir los alimentos de uno en uno para comprobar que no existan alergias o intolerancias alimentarias, para ello le daremos el mismo alimento nuevo en tres días consecutivos (mejor durante el día que a la noche).

5 Discusión-Conclusión

La BLW es un método de alimentación complementaria que tiene como objetivo fomentar la autonomía del bebé, dándole un papel más activo y control de su propia ingesta. Es importante vigilar al lactante puesto que hasta los 8 meses no adquieren las habilidades para comer solos. Es importante saber que los bebés siempre tienen que estar acompañados por un adulto mientras comen.

Es un método que está en auge, puesto que su uso se está extendiendo en los últimos años.

A diferencia de los métodos convencionales, su introducción se basa en la introducción de alimentos sólidos triturados en forma de puré o papillas y son administrados por los adultos, donde poco a poco se van modificando su consistencia, cantidad y textura.

6 Bibliografía

- 1- Asociación española de pediatría- www.aeped.es
(comité de nutrición).
- 2- Asociación española de pediatría. www.enfamilia.aeped.es.
- 3- Alimentación complementaria del lactante. Perdomo Giraldi, M. y De Miguel Durán, F

Capítulo 95

ACTUACIÓN DE ENFERMERIA FRENTE A LOS GRUPOS ANTIVACUNAS EN LA EDAD INFANTIL

ADELA RUIZ MUÑOZ

ELENA MELERO MORENO

RODRIGO MARTÍN DE LA SIERRA RUIZ DE PASCUAL

BEATRIZ HUERTAS LÓPEZ

MARTA MONESCILLO CABALLERO

1 Introducción

En los últimos años, han cobrado importancia social los "grupos antivacunas", correspondientes en su mayoría a los padres de un hijo que no ven creen necesaria la administración de vacunas, surgiendo por tanto la necesidad y obligación de implantar diversas políticas y planes de actuación para contrarrestar una situación descontrolada. Dicha problemática surge en España, tal y como reflejan Mouzo y Sevillano (2015), con el caso de un niño no vacunado de difteria por la negativa de sus padres.

Este grupo social, se aferra a la idea negativa tanto de la inmunización como de los componentes de cualquier vacuna (combinación de vacunas, reac-

ciones adversas provocadas directamente por estas , relación directa con enfermedades,etc.). Si bien es cierto, que en el mundo actual con una digitalización y medios de comunicación al alcance de la mano como las redes sociales, hacen en este sentido un pésimo favor por impartir y difundir informaciones falsas y que no se corresponden con la realidad , sin tener ninguna consecuencia ni nada que haga de muro de contención.

Además, la prensa en este sentido, opta por dar sus opiniones más que recopilar información veraz y oficial por parte de Organismos o personal verdaderamente cualificado. Véase actualmente la "competición" y "enfrentamientos" con las vacunas de Astrazeneca y Pfizer para la COVID-19 , siendo ambas válidas y que les unen un objetivo común: evitar la muerte y apaliar los síntomas frente al contagio.

Para que el augue de este grupo social no siga su curso ni atraiga a más personas con un alto grado de desconocimiento, la Enfermería al igual que el resto de disciplinas que conforman el mundo de la salud, poseen un papel de vital importancia que es el de la Educación Sanitaria, empezando desde la Atención Primaria, con continua información actualizada, veraz y oficial a la sociedad prestando la atención necesaria ante las dudas y preocupaciones que se les puedan presentar.

2 Objetivos

- Identificar los planes de actuación que se están llevando a cabo en España, en materia de vacunación sobre enfermedades pediátricas prácticamente extinguidas.
- Insistir en la importancia de la Educación Sanitaria sobre los programas de vacunación aprovechando las visitas de niño sano con Pediatría y Enfermería.

3 Metodología

Se realizó una revisión bibliográfica. Las bases de datos consultadas fueron: Dialnet, Pubmed y Cinhal. Se aplicó filtros para el idioma y período temporal (2005-2021). Se excluyeron artículos no escritos en inglés o español; usándose los descriptores booleanos "and" y "or": "Antivacuna", "grupo antivacuna", "programas vacunación", "prevención primaria". De un total de 277 referencias se seleccionan

28 para un análisis en profundidad de artículos científicos, trabajos y documentos empíricos que avalasen tal investigación.

4 Resultados

La iniciativa por parte de las autoridades sanitarias y personal sanitario sobre la aplicación de las vacunas, se basan en la educación sanitaria sobre los beneficios y perjuicios, con una información cargada de rigor y claridad con el fin de influir en la decisión y conseguir la protección del menor (Galán, I et. Al (2013)), teniendo al parecer cierto calado entre este peculiar grupo social.

Esta investigación, ratifica el auge de enfermedades que ya se consideraban erradicadas gracias a la vacuna, como la polio, o el sarampión en Europa con una tasa del 400% de casos solo en el 2017. Los factores predisponentes se deben en su mayoría a motivos religiosos-filosóficos, preferencia de la adquisición de inmunidad natural, la creencia de no proporcionar efecto, la asociación directa a la posibilidad de contraer alguna enfermedad o la irresponsabilidad parental, poniendo en peligro la vida del paciente pediátrico.

Utilizando la herramienta de la empatía que la enfermería lleva a cabo en sus prácticas diarias para con los pacientes, deberemos acercarnos a ellos para poder persuadirles y hacerles entrar en razón sobre que la administración de las vacunas no tienen una finalidad de experimento de laboratorio, o decisión sin fundamento por parte de las entidades sanitarias, sino de prevenir una enfermedad que pudiera ser mortal.

Segun esta revisión de bibliografía, se ha podido comprobar que al menos las guarderías privadas, en sus condiciones de contratación, pueden establecer el requisito de no matricular a los menores que no estén vacunados, debido a que no es una decisión discriminatoria tal y como aparece en la página de legálitas (<https://www.legalitas.com/actualidad/Es-legal-prohibir-aun-menor-matriculacion-en-guarderia-no-estar-vacunado>).

Gracias a esta decisión garantizaríamos la inmunidad de rebaño puesto que si no tiene el niño el calendario vacunal vigente y actualizado, no se le permitiría la asistencia hasta que este asunto quedase solventado; previniendo y protegiendo de este modo al resto del grupo y así evitar dar lugar a la aparición de enfermedades que ya considerábamos como abolidas o controladas.

5 Discusión-Conclusión

Se ha llegado por tanto a la conclusión de que es necesario e imprescindible la intervención del personal sanitario con una clara, continua y persuasiva información, además de la obligación bajo multa e imposibilitar la admisión en guarderías si no cumplen con el calendario vacunal.

Es por todo ello que con la ayuda de la vacunación, se han logrado salvar muchas vidas y que el papel enfermera cada vez está más presente y es muy insistente en cuanto a las ventajas versus inconvenientes de su administración ; aunque actualmente estamos a la espera de la modificación del amparo a los progenitores para la libre decisión de la administración de una vacuna, como recoge la ley actual en nuestro país.

Si hay algo que está en juego, es salvar la vida de los más pequeños. Pacientes que no tienen ni voz ni voto en este asunto, por desgracia.

6 Bibliografía

1. Gómez Marco, J. J., & Zamanillo Rojo, I. (2005). Grupos antivacunas. Análisis de sus causas y consecuencias. Situación en España y resto de países. *Revista clínica electrónica en atención primaria*, (8), 0001-6.
2. Galán, I. R., González, C. M., Jacob, M. S., de la Asociación, C. D. B., & de Pediatría, E. (Julio, 2013). Recomendaciones para la toma de decisiones ante la negativa de los padres a la vacunación de sus hijos: análisis ético. In *Anales de pediatría* (Vol. 79, No. 1, pp. 50-e1). Elsevier Doyma. <https://normas-apa.org>
<https://www.legalitas.com/actualidad/Es-legal-prohibir-a-un-menormatriculacion-en-guarderia-no-estar-vacunado>

Capítulo 96

A PROPÓSITO DE UN CASO CLÍNICO: ESQUIZOFRENIA PARANOIDE, REPERCUSIÓN EN EL FUNCIONAMIENTO SOCIAL Y “RECUPERACION”

MARTA ALAMEDA BLANCO

1 Introducción

Tanto los síntomas psicóticos, como los delirios, ven afectada su calidad de vida, funcionamiento social, autonomía personal y en algunos casos su capacidad para tomar decisiones en aspectos importantes de su vida diaria¹.

Este deterioro antecede al inicio de la enfermedad y es un importante predictor de su pronóstico, incluyendo la frecuencia de recaídas y rehospitalizaciones. Se manifiestan por respuestas desadaptadas a situaciones generales, estados de gran angustia y tensión, sensación de malestar y frecuentemente respuestas somáticas antes situaciones estresantes.

Todo ello hace más difícil el contacto consigo mismo, interpersonal, con el entorno y con la realidad compartida.

La atención en las unidades de Salud Mental, el seguimiento comunitario y la rehabilitación psicosocial se convierten en imprescindibles para lograr la recuperación del paciente, entendiendo la Recuperación como “una manera de vivir una vida satisfactoria, con esperanza y aportaciones aun con las limitaciones causadas por la enfermedad” (Anthony 1993).

Esta orientación, ha ganado credibilidad en los últimos años ya que es un modelo centrado en la persona considerando todos los aspectos de su vida. Entiende que la persona no necesita ser “curada” completamente para llevar una vida productiva, plena y significativa. El conocimiento de este modelo, enfoque y aplicación es de gran importancia para los pacientes que tratamos con problemas de salud mental.

2 Objetivos

Desarrollar el Proceso de Atención de Enfermería (PAE) de un paciente con Esquizofrenia Paranoide en el que se reflejen las actividades destinadas a mejorar la calidad de vida del paciente, funcionamiento social y autonomía personal.

3 Caso clínico

A partir de los datos del paciente obtenidos de la valoración de enfermería se detallan los diagnósticos, objetivos, intervenciones y resultados según la taxonomía NANDA-NOC-NIC. Finalmente se exponen los resultados obtenidos tras el proceso, haciendo énfasis en la repercusión que sobre la vida de la paciente ha tenido la sintomatología delirante sobre su funcionabilidad social.

CASO CLÍNICO

FOTOGRAFÍA DEL PACIENTE

Paciente de 46 años, soltera. Tercera de una fratria de 4 hermanos. Reside con su madre en la vivienda familiar. Padre fallecido. Ideas de perjuicio hacia los hermanos, por lo que las relaciones no son favorables.

Había estado emancipada desde los 30 años. Estudios superiores, diplomatura. En desempleo desde hace 7 años.

Sin antecedentes de consumo de tóxicos

Con historia en Salud mental desde 2002 por sintomatología ansioso depresiva.

VALORACIÓN DE ENFERMERÍA

1. PATRÓN DE PERCEPCIÓN - CONTROL DE LA SALUD

Aspecto general cuidado. Destaca la cantidad de ropa que lleva superpuesta y que no se ajusta al clima.

Conoce el motivo del ingreso

Parcial conciencia de enfermedad. Actualmente conoce algunos aspectos su enfermedad, tratamiento, síntomas, causas y ciertos efectos secundarios de los fármacos con los que se le trata. Expresa como efectos secundarios inquietud e HTA. Al ingreso buena adherencia al tratamiento pautado (antecedentes de abandono de medicación)

No hábitos tóxicos

Antecedentes médicos: neumonía atípica, intervención quirúrgica por fractura de Colles.

Sin alergias conocidas.

Tensión Arterial: 145/95mm/Hg, 84 lat/min, 97% sat O2.

2. PATRÓN NUTRICIONAL METABÓLICO

Peso: 51,6kg Talla:158cm IMC: 20,67

Dieta Basal sin sal rica en fibra. Apetito disminuido. Dice haber perdido 2-3 Kg desde el ingreso en la unidad de agudos.

Intolerancias alimentarias: lactosa. Refiere malestar tras la ingesta de cerdo, salmón, huevos y pollo. No se detallan en historia clínica estas intolerancias. Refiere “malas sensaciones por el cuerpo” y malestar por la ingestas de estos alimentos.

Buen estado de piel y mucosas.

Hidratación adecuada.

3. PATRÓN DE ELIMINACIÓN

Estreñimiento, no precisa del empleo de laxantes. Dieta rica en fibra (kiwi, aumento ingesta hídrica)

Buen patrón de eliminación vesical

Ingesta adecuada de líquido 1,5l

Eliminación cutánea: adecuada

4. PATRÓN ACTIVIDAD - EJERCICIO

Autónomo para las ABVD

Expresión facial tensa. Hipervigilante.

No refiere caídas

Presenta alteración en el control del comportamiento psicomotor. Se observa cierta inquietud motora, acatisia.

Interés por la lectura, pintura, costura, visitar exposiciones y pasear

5. PATRÓN SUEÑO-DESCANSO

No presenta insomnio. Califica su descanso como fragmentado

No pesadillas

Refiere levantarse con energía

Suele acostarse a las 21:30 y levantarse a las 7:30

6. PATRÓN COGNITIVO – PERCEPTIVO

Respuesta adecuada a estímulos

Orientada, auto y alopsíquicamente. Mantiene contacto ocular al abordar.

Actualmente niega la presencia de alteraciones senso-perceptivas.

No verbaliza ideas delirantes de perjuicio, (familiares y laborales) y de tipo somático de manera espontánea. Al explorar mantiene cierta suspicacia hacia la familia y querulancia con los servicios médicos que le han tratado.

Perseverante respecto a los temas que le preocupan.

Explica que tiene dificultad para mantener la atención en tareas, la comprensión de textos sencillos y memoria reciente.

7. PATRÓN AUTOPERCEPCIÓN – AUTOCONCEPTO

Actitud de aceptación con respecto a su imagen corporal

Refiere ansiedad. Valora su ánimo entre 6-7 sobre 10.

Niega tristeza, apatía ni anhedonia.

Se define a sí misma como “empática, reservada, vulnerable y con alta presión psicológica”

Ausencia de ideación autolítica.

Reactividad emocional adecuada al contexto pero se muestra lábil al abordar temas del pasado.

Refiere mantener interés por realizar actividades de ocio, aunque reconoce dificultades para iniciarlas y desconoce recursos sociales disponibles.

8. PATRÓN DE ROL – RELACIONES

Define su relación familiar como insatisfactoria, pero califica la relación con su madre como buena.

Identifica como personas más significativas a su madre y una sobrina

Refiere no tener red amigos

Estudios universitarios, finalizados. Diplomatura.

Percepción de sus relaciones labores, sociales: Insatisfactoria.

Se reconoce como solitaria.

Comenta que realiza actividades de ocio individualmente y en solitario: Cine, conciertos, exposiciones, visitas a museos, caminar.

9. PATRÓN DE SEXUALIDAD - REPRODUCCIÓN

Interesada en mantener relación sentimental “seria”.

Conoce los métodos anticonceptivos.

Comienzo de premenopausia.

10. PATRON DE ADAPTACIÓN -TOLERANCIA AL ESTRÉS

Refiere ansiedad de forma generalizada. Cree que es un problema que dificulta su funcionamiento.

Somatizaciones como estrategia de control.

11. PATRON VALORES- CREENCIAS

Se considera católica no practicante. Su familia es religiosa. Manifiesta que “dios está entre los hombres”

Destaca tener como valores “una ética muy fuerte” “respeto a los demás”

OBJETIVOS DEL INGRESO

☒ Estabilización psicopatológica

☒ Trabajar conciencia de enfermedad y estigma

☒ Recuperar máxima funcionalidad y autonomía

☒ Hacer un proceso rehabilitador intensivo que aborde aspectos relacionados con el ámbito familiar, el social, el ocupacional y el lúdico.

☒ Desarrollar la conciencia e imagen corporal uso de técnicas corporales para favorecer su expresividad, gesto, voz y movimiento.

☒ Autogestión de momentos de crisis, anticipación, evitar factores de riesgo.

DIAGNOSTICOS NANDA2

NANDA

[00069] Afrontamiento ineficaz m/p deterioro de la habilidad para manejar la situación, resolución de problemas inadecuada r/c preparación inadecuada para los estresores

NOC

[1302] Afrontamiento de problemas

Indicadores:

[130204] Refiere disminución de estrés:

Al ingreso: 2

Al alta: 4

[130218] Refiere aumento del bienestar psicológico

Al ingreso: 1

Al alta: 5

[130210] Adopta conductas para reducir el estrés

Al ingreso: 1

Al alta: 5

[130201] Identifica patrones de superación eficaces

Al ingreso: 1

Al alta: 5

NIC

[5230] Mejorar el afrontamiento

- Ayudar al paciente a descomponer los objetivos complejos en etapas pequeñas y manejables.
- Fomentar las relaciones con personas que tengan intereses y objetivos comunes dentro de la unidad y en actividades y cursos fuera de la misma, en comunidad.
- Valorar la comprensión del paciente del proceso de enfermedad.
- Fomentar las actividades sociales y comunitarias.
- Alentar la verbalización de sentimientos, percepciones y miedos.
- Proporcionar un entrenamiento en habilidades sociales adecuadas, mediante actividades de role-playing.

NANDA

[00146] Ansiedad r/c Trastornos mentales m/p expresión de angustia, insomnio, tensión y expresión de preocupación.

NOC

[1211] Nivel de ansiedad

Indicadores

[121118] Preocupación exagerada por eventos vitales

Al ingreso: 1

Al alta: 4

NIC

[5820] Disminución de la ansiedad

- Establecer actividades recreativas encaminadas a la reducción de tensiones tanto en la unidad de hospitalización como fuera de ella, en la comunidad.
- Entrenamiento en técnicas de relajación.
- Ayudar al paciente a identificar las situaciones que precipitan la ansiedad.

- Instruir al paciente sobre el uso de técnicas de relajación de manera grupal e individual.
- Administrar medicamentos que reduzcan la ansiedad, según corresponda.
- Observar si hay signos verbales y no verbales de ansiedad.

NOC

[1403] Autocontrol del pensamiento distorsionado

Indicadores

[140310] Su conducta indica una interpretación exacta del ambiente

Al ingreso: 1

Al alta: 4

NIC

[4700] Reestructuración cognitiva

- Ayudar a la paciente a cambiar afirmaciones personales irracionales por otras racionales.
- Señalar los estilos de pensamiento disfuncional (pensamiento polarizado, generalización exagerada, magnificación y personalización).
- Ayudar al paciente a identificar los factores estresantes percibidos (situaciones, sucesos e interacciones con otras personas) que contribuyen a su estrés.

NANDA

[00182] Disposición para mejorar el autocuidado

NOC

[0300] Autocuidados: actividades de la vida diaria (AVD)

Indicadores

[30001] Come (Escala 2)

Al ingreso: 1

Al alta: 5

[30002] Se viste (Escala 2)

Al ingreso: 1

Al alta: 5

NIC

[6450] Manejo de las ideas delirantes

- Establecer una relación interpersonal de confianza con el paciente.
- Realizar el seguimiento de las ideas delirantes por si hubiera presencia de contenidos que resulten dañinos o violentos para el paciente mismo.

- Ayudar al paciente a evitar o eliminar los factores estresantes que precipiten las ideas delirantes.

EVOLUCIÓN Y CAMBIOS OBSERVADOS

- Cambio de dieta a basal sin ningún tipo de restricciones. No refiere ideación delirante relacionada con los alimentos que ingiere.
- Mantiene arreglo personal adecuado. Utiliza prendas que se ajustan al contexto y clima. Ha dejado de utilizar varias capas de ropa y verbaliza bienestar psicológico.
- Realiza paseos con asiduidad, acude a actividad de ejercicio físico de la unidad y ha desaparecido la acatisia. Disminuye rigidez motora.
- Ha aumentado el número de usuarios con los que mantiene buena relación en la unidad con los que llega a quedar fuera de la unidad. Ampliación de red social.
- Adherencia al tratamiento. Prepara su medicación semanalmente.
- En tratamiento antihipertensivo.
- Precisa analíticas sanguíneas para control de niveles de valproato. La usuaria conoce y sigue indicaciones.
- Ha realizado varias formaciones para desempleados.
- Consigue trabajo en una empresa con buen rendimiento.
- Mejora autoestima.
- Mejoran las relaciones familiares.
- Alta a piso supervisado.

4 Discusión-Conclusión

Con la elaboración del presente trabajo queremos resaltar la importancia de la Enfermera Especialista en Salud mental y las actividades de Educación para la Salud que realizan, orientadas en la “recuperación” de los pacientes, fomentando las habilidades sociales entre los mismos y el personal de la unidad y que les proporciona un entrenamiento hasta el momento del alta. Estas actividades se centran en el empoderamiento del paciente, prestando una atención individualizada, apoyando al paciente en la toma de decisiones, reforzando los puntos fuertes y la autodirección. El fin último es capacitar al paciente, acercándonos a la salud, fortaleza y bienestar. Además, el ingreso en una unidad de larga estancia facilita el trabajo y adquisición de estrategias de afrontamiento, por el tiempo de permanencia de los pacientes y la posibilidad de acompañamiento en todo el proceso para facilitar la incorporación a su entorno de la manera progresiva posible, permitiendo la supervisión ante el riesgo de recaídas inicial.

5 Bibliografía

1. Fornés Vives J. Enfermería de salud mental y psiquiátrica : valoración y cuidados. 2a ed. La Villa y Corte de Madrid, España: Médica Panamericana; 2011.
2. Davidson Larry, González-Ibáñez Àngels. La recuperación centrada en la persona y sus implicaciones en salud mental. Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq. [Internet]. 2017 Jun [citado 2022 Abr 15] ; 37(131): 189-205. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0211-57352017000100011&lng=es.
3. NNNConsult[Internet].Barcelona:Elsevier [actualizado 2014; citado 6 feb 2021]. Disponible en: <http://www.nnnconsult.com/>

Capítulo 97

CUIDADOS ENFERMEROS EN LESIONES MUSCULARES Y TENDINOSAS

M. DOLORES BAOS ARANDA

JOSE ESTEBAN ZAPATA LOPEZ

NATALIA DEL FRESNO LÓPEZ

VICTAR ARCOS CIORRAGA

NOELIA DELGADO ARROYO

1 Introducción

El sistema músculo-esquelético está formado por tejido muscular, esquelético, tejido conectivo, tejido nervioso y vasos sanguíneos. Todos estos elementos se disponen y relacionan entre sí y dan lugar a una configuración estructural, histológica y fisiológica muy característica determinada por la función del músculo esquelético.

Al ser un tejido tremendamente dinámico, su estructura es vulnerable a la lesión, especialmente en el ámbito deportivo, donde supone el tipo de lesión más frecuente, con un índice del 31% del total de lesiones y un 30% de relesiones. Dada la gran variedad de grupos musculares y los múltiples factores que influyen en la lesión, el tiempo de recuperación de estas lesiones es muy variable, incluso en lesiones que se producen en el mismo músculo o grupo muscular. En el momento

actual, se considera que el conocimiento exacto de los distintos tipos de lesiones, en función de su localización y de sus características, permite poder individualizar de manera más adecuada los tratamientos y, por tanto conseguir un retorno a la competición más rápido y seguro.

Las lesiones musculares y ligamentosas van en aumento por el número cada vez más grande de personas que practican actividades deportivas. Las lesiones músculo-tendinosas, conocidas también como LMT, corresponden a un término utilizado para denominar lesiones que ocurren sobre un segmento corporal específico como las lesiones y enfermedades desarrolladas en músculos, nervios, tendones, ligamentos, articulaciones, cartílagos y discos intervertebrales e intercostales.

Los músculos y articulaciones afectadas sufren tensión y esfuerzo, los tendones se inflaman, puede haber atrapamiento de nervios, o se dificulta el flujo sanguíneo.

2 Objetivos

- Mejorar la calidad de los cuidados de enfermería en lesiones deportivas.
- Realizar una previsión de las necesidades de cuidados en pacientes con lesiones musculares y tendinosas.
- Cumplir con las funciones de los profesionales de enfermería.

3 Caso clínico

Contracción dolorosa intensa e involuntaria del músculo, en la cual aparece un acortamiento máximo que se produce durante la actividad y generalmente es aislada. Pueden estar causados por deshidratación, fatiga muscular (calambres esenciales), entrenamiento pesado, cambio de calzado o terreno blando (en deportistas), anemia, falta de magnesio y calcio, falta de vitamina E, etc.

Tratamiento de fisioterapia

- En el lugar:
 - Estiramiento suave.
 - Compresión isquémica sobre el músculo.
 - Hidratación.
 - Termoterapia.
 - Masaje circulatorio y descontracturante.
 - Reposo relativo.

- Prevención:
 - Estiramiento y entrenamiento adecuado.
 - Termoterapia.
 - Hidratación y sales minerales (magnesio y potasio).

CONTRACTURA MUSCULAR

Definición

Contracción sostenida e involuntaria de algunas fibras musculares, en la que no existe lesión anatómica. No desaparece con el estiramiento. No existe limitación de la capacidad contráctil, aunque es dolorosa, existiendo una limitación clara del estiramiento. Puede doler en reposo y a la palpación.

Etiología

- Sobreutilización del músculo (también postural).
- Recuperación insuficiente (nutrición, sueño, hidratación).
- Posturas forzadas.
- Fatiga crónica.
- Traumatismo (luxación, esguince, fractura, etc.).
- Asimetrías.
- PGM.
- En algunos casos, la contractura muscular puede estar ocultando alguna otra lesión (¡cuidado!).

Tratamiento de fisioterapia

- Reposo de 2 a 4 días.
- Termoterapia (IR, baños, ...).
- Electroterapia de baja frecuencia (TENS: 1-2 Hz hasta 20).
- Tratamiento de PGM asociados.
- Masaje circulatorio y descontracturante.
- Estiramientos suaves.

CONTUSION MUSCULAR

Definición

Aplastamiento de fibras musculares producido por un golpe directo sobre el músculo. Es importante distinguir entre la contusión simple y aquella que produce rotura muscular.

Clínica

Rotura de capilares que provoca hematoma, tumefacción, edema, dolor e impotencia funcional parcial.

Suele ser frecuente en el deporte, sobre todo en el cuádriceps.

Graduación

Se puede utilizar la flexión indolora:

- Menos de 45°: GRAVE.
- Entre 45° - 90°: MODERADA.
- Más de 90°: LEVE.

Evolución

A las 2-3 semanas ceden el dolor al movimiento y la equimosis cutánea. Con reposo se suele absorber el hematoma, no siendo necesaria intervención quirúrgica. En otros casos, se puede realizar una calcificación heterotópica.

Tratamiento

- En el momento:
 - Inmovilización (RICE).
 - Contraindicado el calor local (en cualquiera de sus formas), porque favorece la hemorragia y la miositis osificante.
- Después:
 - Crioterapia durante 24-48 horas, luego termoterapia.
 - Vendaje flexible.
 - Trabajo del antagonista en isométrico.
 - Láser, electroterapia.
- 3° - 15° días:
 - Estiramientos progresivos para recuperar movilidad normal (no dolor).
 - Reeducción progresiva de agonista-antagonista, hasta llegar a trabajo propioceptivo.
 - Vuelta a la actividad deportiva.

ELONGACIÓN MUSCULAR

Definición

Existe daño fisiológico pero también anatómico. Distintos criterios según autores (Zuinen, Danowski, etc., dicen que hay daño anatómico, mientras que otros como Dumas, Hans-Uwe, etc., dicen que se trata de una desorganización estructural de miofibrillas).

Etiología

Generalmente por estiramiento.

Tratamiento

El tratamiento es similar a la rotura, pero se recupera antes. Evolución normal entre 7 y 10 días.

- Tratamiento inicial de fisioterapia:
 - Vendaje compresivo.
 - Reposo.
 - Frío.
- Tratamiento fisioterapia similar a la rotura.

ROTURA MUSCULAR

Definición

Se distinguen entre las producidas por mecanismo indirecto o por traumatismo extrínseco. El músculo se rompe cuando sufre estiramiento por encima del 25% (Garret, 1986). El músculo se rompe por la zona más débil (Radv, 1986).

Pueden ser transversales o longitudinales.

Etiología

- Esfuerzos máximos e intensos.
- Entrenamiento insuficiente.
- Agotamiento muscular.
- Desequilibrio muscular.
- Calentamiento insuficiente.
- Frío.
- Edad.

Graduación

- Grado I:
 - Ligera tumefacción.
 - Pequeño dolor al movimiento.
 - Pequeña pérdida de fuerza.
 - No hay limitación de movilidad.
- Grado II:
 - Rotura de varias fibras: equimosis.
 - Dolor agudo y persistente.
 - Dolor difuso a la palpación.
 - Movimiento disminuido y doloroso.
- Grado III:

- Varios paquetes de fibras o total.
- Dolor intenso y persistente.
- Claudicación o apoyo imposible.
- Depresión local.
- Hematoma.

Sintomatología

- Dolor comienza de forma brusca e intensa.
- Sensación de punzada (“signo de la pedrada”).
- Impotencia muscular.

Exploración

- Dolor a la palpación, siendo zonal al principio, para limitarse posteriormente a un punto.
- Movilidad activa, pasiva y estiramiento posible pero con dolor.
- Dolor no cede en reposo.

Tratamiento de fisioterapia

- Preventivo:
 - Entrenamiento muscular.
 - Hidratación y dieta adecuada.
 - Material y técnica correcta.
 - Cuidado con frío y humedad.
 - Vigilar problemas individuales.
- Inicial:
 - Frío, vendaje compresivo, elevación.
- Posterior:
 - Respetar los periodos de cicatrización muscular.
 - Buscar disminuir hemorragia, disminuir edema (si está aumentado), estimulación nerviosa, ganancia de fuerza y elasticidad muscular, prevención de recidivas y readaptación deportiva (entrenamiento funcional y del mecanismo lesional).
 - 2º día:
 - ☒ Reposo parcial.
 - ☒ Vendaje funcional (acortar extremos).
 - ☒ Ultrasonidos (0,5-1 W).
 - ☒ Masaje de drenaje si existe mucha inflamación.
 - ☒ Declive.
 - ☒ Reducción del estrés.

- ☒ Crioterapia.
- ☒ No realizar estiramientos; no dolor.
- ☒ Cuidado con masoterapia en fase de inflamación: miositis osificante.
 - 3º - 7º día:
- ☒ Termoterapia.
- ☒ Vendaje funcional.
- ☒ Estiramientos y aumentar movilidad hasta dolor.
- ☒ Corrientes excitomotoras: interferenciales bipolares, buscando mínima contracción. Trenes de impulso de 6 segundos de trabajo y 20 segundos de descanso, durante 20 minutos.
- ☒ Ultrasonidos.
- ☒ Isométricos no dolorosos.
- ☒ Masaje a distancia y de drenaje.
- ☒ Mejorar aeróbico.
- ☒ Repetición del gesto de lesión.
- ☒ Reducción del estrés.
 - 8º a 21º días:
- ☒ Vendaje funcional.
- ☒ Aumentar el rango de movimiento y el estiramiento (activos y pasivos).
- ☒ Masaje a distancia y Cyriax.
- ☒ Trabajo de aeróbico, incluso de la extremidad lesionada.
- ☒ Fortalecimiento muscular. Por medio de electroterapia (interferenciales: 2500 Hz en bipolar, con trenes de 6-20; Koch; TENS) o cinesiterapia activa resistida (empezar con 25% de 1 RM de la extremidad contralateral).
- ☒ Trabajo de propiocepción, coordinación y funcional.
- ☒ Entrenamiento en movimiento de lesión.
- ☒ Entrenamiento funcional y cognitivo.
- ☒ Vuelta a trabajo.
- Roturas totales: Tratamiento quirúrgico.

HERNIA MUSCULAR

Definición

Rotura de la aponeurosis del músculo, con salida de fibras fuera. Es más frecuente en deportistas. Se localiza frecuentemente en gemelos, bíceps y cuádriceps.

Etiología

- Traumatismo externo violento.
- Debilidad del colágeno.

- Sobresolicitud muscular.

Clínica

- No suele doler.
- Abultamiento o enquistamiento.
- Palpación blanda o dura.
- Adherencia a planos profundos (a veces).
- Diferencias entre hernias verdaderas y falsas:
 - Hernia verdadera.
 - Hernia verdadera que se reduce a la contracción.
 - Falsa hernia por rotura muscular.
 - Falsa hernia que aumenta en la contracción.

Tratamiento

- Cirugía
- Fisioterapia.
 - Vendaje funcional.
 - Electroanalgesia.
 - Terapia de relajación.
 - Termoterapia.
 - DLM.
 - Miembros en declive.
 - Movilizaciones suaves.
 - US, OC y MO.
 - Fortalecimiento.
 - FNP.

MIOSITIS OSIFICANTE

Definición

Se trata de una calcificación heterotrófica; masa calcificada que aparece en los músculos próximos a las grandes articulaciones como consecuencia de la formación de un hematoma, el cual se comporta como el hematoma fracturario, pasando por las fases de clasificación y osificación (otra teoría de desprendimiento perióstico).

La localización más frecuente suele ser el codo (braquial anterior), hombro, cadera y rodilla.

El tamaño es variable, tiene forma ovoide y está constituido por masa de tejido óseo.

Clínica

- Dolor espontáneo y a la palpación.
- Calor local.
- Hinchazón y masa palpable.
- Limitación del movimiento.

Diagnóstico

- Rayos X.
- Precozmente, por ecografía o gammagrafía.

Evolución

Se estabiliza a los 3-6 meses, existiendo la posibilidad de reabsorción espontánea, sobre todo, si se localiza en el vientre muscular.

Prevención

Evitar movimientos bruscos, calor local y masoterapia en contusiones musculares durante las primeras fases.

Tratamiento

- Prevención:
 - Inmovilización rigurosa 2 días en declive.
 - No masoterapia en fase inflamatoria.
 - DLM.
 - Tratamiento correcto de lesión.
 - No termoterapia profunda.
- Sospecha o fase inicial:
 - Reposo con inmovilización (RICE).
 - Crioterapia y termoterapia de contraste.
 - Baja frecuencia.
- Confirmación:
 - Calor profundo con US o MO.
 - Electroestimulación 10-20 Hz (en ambos casos se busca aumentar la circulación local, lo que facilita la absorción).
 - DLM.
 - Ondas de choque.
 - Conservar la movilidad activa.
 - Conservar fuerza muscular.
 - Cuidado con deporte.
 - Cirugía en casos graves, donde se limite la movilidad articular.

LESIONES TENDINOSAS

Definición

Las tendinopatías incluyen: tendinitis, entesitis, tenosinovitis.

Etiología

Están causadas por microtraumatismos de repetición. Se ven favorecidas por mala técnica, trastornos de hidratación, debilidad del tendón, etc.

4 Discusión-Conclusión

Las lesiones musculares y tendinosas representan un problema de salud que requieren de un largo proceso de curación. Es por esta circunstancia por lo que un diagnóstico certero y precoz juega un papel importante en todo el proceso, ya que cuanto más corto sea el periodo entre la lesión y el inicio del tratamiento adecuado, mejor será su progreso y recuperación final.

Las lesiones musculares y tendinosas se producen por la existencia de una serie de factores predisponentes. Necesitan de una cuidadosa exploración por profesionales adecuados. Para su diagnóstico nos podemos ayudar de pruebas complementarias, siendo el tratamiento quirúrgico poco habitual. Su tratamiento fundamentalmente consistirá en reposo, termoterapia, electroterapia, AINES, fisioterapia, ozonoterapia y reincorporación progresiva. No transigir en el tiempo de reposo.

5 Bibliografía

- 1-Calleja, J., Granados, C. & Terrados, N. Recuperación en balonmano de alto nivel. Revista de Ciencias del Deporte. 2009; 5: 45-54.
- 2-Dirx M, Bouter LM, de Geus GH. Aetiology of handball injuries: A case-control study. Br J Sports Med. 1992; 26: 121-4.
- Langevoort G, Myklebust G, Dvorak J, Junge A. Handball injuries during major international tournaments. Scand J Med Sci Sports. 2007; 17: 400-7.
- 3-Lindblad BE, Høy K, Terkelsen CJ, Helleland HE, Terkelsen CJ. Handball injuries. An epidemiologic and socioeconomic study. Am J Sports Med. 1992; 20: 441-4.
- 4-Luig P, Henke T. Acute injuries in handball. EHF (European Handball Federation) Scientific Conference 2011 Science and Analytical Expertise in Handball (Scientific and practical approaches) Austria. EHF. 2011; 78-83.

Capítulo 98

ENFERMERÍA EN EL CUIDADO DE LA FÍSTULA ARTERIOVENOSA PARA HEMODIÁLISIS

ROCIO LOPEZ RODRIGUEZ

VIRGINIA PALACIN RUBIO

RAQUEL GARCÍA

ISMAEL RAMÍREZ LÓPEZ

MARIA JOSE CARABAÑO MARIBLANCA

1 Introducción

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

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

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

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

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

Las fistulas arteriovenosas se clasifican en:

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

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

2 Objetivos

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

3 Metodología

Se hizo una revisión bibliográfica de publicaciones cuyo tema principal fuese el cuidado de la fistula arteriovenosa en relación con la hemodiálisis. Cuidados tanto por parte del propio paciente como del personal de enfermería.

La revisión bibliográfica fue acotada a la última década y a literatura en castellano.

Todo ello a través de bases de datos científicas como Pubmed, Cochrane, Scielo, Google Académico. A su vez también se revisaron guías de actuación y protocolos de enfermería de diferentes sistemas de salud autonómicos de España.

4 Resultados

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

Autocuidados preventivos:

- Evitar apoyarse sobre el brazo de la fístula cuando descanse.
- Movilizar el brazo con suavidad.
- No usar ropa apretada, joyas, relojes u objetos que aprieten el brazo de la fístula.
- Una buena opción es llevar una pulsera que notifique la presencia de la fístula.
- No utilizar el brazo portador para extracción de analíticas, administración de fármacos u otras pruebas.
- No tomar nunca la tensión arterial en el brazo de la fístula.
- Evitar golpes y rozaduras en el brazo portador.
- No cargar peso con dicho brazo.

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

Autocuidados de vigilancia:

- Comprobar diariamente el funcionamiento de la fístula mediante la palpación.
- El paciente debe valorar el aspecto de la fístula y así poder observar cambios en ella como inflamación, enrojecimiento, dolor, endurecimiento, dolor, temperatura, hemorragia.
- Aplicar calor seco y masajear la fístula si se percibe un leve descenso del frémito.

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

Durante el periodo de utilización en hemodiálisis:

- La canalización por primera vez de la fístula debe hacerlo personal de enfermería entrenado correctamente para evitar posibles complicaciones.
- Prepunción se debe valorar higiene del brazo, datos de anteriores punciones, el trayecto venoso así como hematomas, signos de alarma y en caso de presentar zonas enrojecidas o con hematoma se debe de evitar su punción.
- Se trata de una técnica aséptica.
- Se debe intentar tranquilizar al paciente debido a que la canalización es el proceso que le produce mayores miedos y ansiedad.

Postpunción: la retirada de la aguja se hará suave y se hace hemostasia sobre el punto de punción ejerciendo presión continua de forma ligera durante aproximadamente 10-15 minutos. En las primeras punciones la pared vascular es más

frágil por lo que es mayor el riesgo de hematoma.

Autocuidados del paciente entre sesiones de diálisis:

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

5 Discusión-Conclusión

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

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

6 Bibliografía

1. Zúñiga SM Carlos, Müller O Hans, Flores O Maritza. Prevalencia de enfermedad renal crónica en centros urbanos de atención primaria. Rev. méd. Chile [Internet]. 2011 Sep [citado 2020 Nov 30] ; 139(9): 1176-1184. Disponible en: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872011000900010&lng=es. <http://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872011000900010>.
2. Garnica León Ariana, Remón Castillo Nerea, Santesteban de la Concepción Ainara, Gutiérrez García José M^a, Ruiz Medrano Laura, Zapatería Azcona Carmen et al. Protocolo para el cuidado del acceso vascular en pacientes con terapia renal sustitutiva (TPR). Enferm Nefrol [Internet]. 2012 [citado 2020 Nov 30] ; 15(Suppl 1): 131-132. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2254-28842012000500087&lng=es.

3. Grande Velasco J. Cuidados de las fistulas arteriovenosas, medidas de enfermería. *Dial Traspl* 2011;32:135-6.
4. Pessoa Natália Ramos Costa, Linhares Francisca Márcia Pereira. Pacientes em hemodiálise com fístula arteriovenosa: conhecimento, atitude e prática. *Esc. Anna Nery* [Internet]. 2015 Mar [cited 2020 Nov 30] ; 19(1): 73-79. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452015000100073&lng=en. <https://doi.org/10.5935/1414-8145.20150010>.
5. Manuel Gorostidi, Mercedes Sánchez-Martínez, Luis M. Ruilope, Auxiliadora Graciani, Juan J. de la Cruz, Rafael Santamaría, María D. del Pino, Pilar Guallar-Castillón, Fernando de Álvaro, Fernando Rodríguez-Artalejo, José R. Banegas. *Nefrol* 2018; 38 (6): 606-615. Prevalencia de enfermedad renal crónica en España: impacto de la acumulación de factores de riesgo cardiovascular.

Capítulo 99

ENFERMERIA: ABDOMINALGIA EN RELACIÓN CON ROTURA DE BAZO ESPONTÁNEA

ROCIO LOPEZ RODRIGUEZ

VIRGINIA PALACIN RUBIO

RAQUEL GARCÍA

ISMAEL RAMÍREZ LÓPEZ

MARIA JOSE CARABAÑO MARIBLANCA

1 Introducción

La rotura espontánea de bazo es un cuadro muy poco frecuente. Hace referencia a un proceso caracterizado por la ausencia de antecedentes traumáticos, alteraciones macro o microscópicas, enfermedad o adherencias esplénicas. Incluso se ha descrito algún caso asociado a vómitos o tos.

El traumatismo abdominal, sobre todo en accidentes de tráfico, es la causa más frecuente, conocida y estudiada que provoca rotura esplénica y que produce un cuadro clínico que de no diagnosticarse precozmente desencadena en la mayoría de los casos la muerte del paciente por hemorragia intraabdominal y consecuentemente un shock hipovolémico.

El mecanismo por el que se produce no es muy conocido; cualquier proceso que desencadene un aumento de tamaño del bazo o aumento de la presión en el territorio esplénico puede favorecer su rotura.

El cuadro clínico típico es un paciente con dolor abdominal en epigastrio y/o hipocondrio izquierdo, irradiado a escápula y hombro izquierdo y que puede desencadenar un abdomen agudo y shock hipovolémico poniendo en riesgo la vida del paciente.

La ecografía y el tomografía axial computerizada (TAC) abdominal son las pruebas diagnósticas con mayor sensibilidad y especificidad. En ocasiones se utiliza la punción-lavado peritoneal.

El tratamiento de elección es la esplenectomía, pero hay pacientes seleccionados susceptibles de tratamiento y manejo conservador, no obstante deben estar sometidos a una vigilancia exhaustiva tanto de su estado hemodinámico como analítico. Suelen ser pacientes muy seleccionados que tienen un hematoma encapsulado.

2 Objetivos

Describir la abdominalgia en relación con rotura de bazo espontánea a propósito de un caso

3 Caso clínico

Se trata de un varón de 42 años sin alergias medicamentosas conocidas, no fumador y bebedor moderado, sin antecedentes médicos de interés. Apendicectomizado y amigdalectomizado en la infancia.

No toma ningún tratamiento salvo en ocasiones antiinflamatorios para problemas de columna que tiene desde hace tiempo pero que nunca consultó.

Acude a Urgencias por cuadro de dolor abdominal de instauración brusca en epigastrio y en hipocondrio izquierdo. Estando en sala de triage sufre un empeoramiento general con sudoración profusa, palidez e hipotensión por lo que pasa a box de exploración.

Exploración física.

Consciente, orientado y colaborador, afectado por el dolor, pálido y sudoroso, taquipneico, Tensión Arterial 73/45, 128 latidos por minuto, saturación de O₂ 97%, Auscultación Cardiopulmonar normal, abdomen dolor difuso a la palpación profunda con peritonismo sin objetivarse masas o megalias.

Pruebas complementarias.

Hemograma: hemoglobina 7,4, hematocrito 18,2, resto incluyendo plaquetas y serie blanca, normales

Bioquímica: glucemia, ionograma, función renal, proteína c-reactiva (PCR) y

Pruebas Funcionales Hepáticas normales.

Troponina, coagulación y D-dímero normales.

Electrocardiograma: taquicardia sinusal.

Radiografía de Tórax postero-anterior cardiopulmonar sin alteraciones.

Radiografía simple de abdomen luminograma normal.

Ecografía abdominal: líquido libre abdominal e importante hematoma esplénico roto; el TAC abdominal confirma el diagnóstico.

Con los hallazgos descritos, se ingresa al paciente practicándole una laparotomía urgente y precisando 4 concentrados de hemáties. En la intervención se encuentra un gran hemoperitoneo secundario a rotura esplénica por lo que se practica una esplenectomía; no se encuentran otras alteraciones tras explorar con detenimiento la cavidad abdominal.

Se estudia la pieza quirúrgica y no se objetivan alteraciones anatomopatológicas ni macro ni microscópicamente. Se objetiva una rotura completa de la cápsula esplénica con una rotura irregular en su porción medial con una profundidad de 2 cm.

El paciente evoluciona correctamente, mejorando la hemoglobina y manteniendo estabilidad hemodinámica. A la semana se da el alta al paciente.

4 Discusión-Conclusión

La rotura esplénica es un cuadro de un potencial riesgo vital, la demora en su diagnóstico y tratamiento puede desencadenar un shock hipovolémico y la muerte del paciente. La rotura espontánea de bazo es un proceso poco común del que existen pocos casos descritos en la literatura por lo que no se suele sospechar su existencia. En los pacientes que presentan dolor abdominal irradiado a hemitórax y hombro izquierdo nos obligaría a incluir esta entidad en los posibles diagnósticos diferenciales.

El mecanismo etiopatogénico de la rotura esplénica espontánea no es bien conocido, aunque se cree que intervienen múltiples factores como el aumento de tamaño del bazo, infartos esplénicos, trastornos de la coagulación, infiltración esplénica tumoral o hematológica, quimioterapia citorreductora, etc. Es un mecanismo complejo, y circunstancias como procesos inflamatorios crónicos que produzcan periesplenitis y fijación del bazo pueden influir para que, en determinados momentos en los que éste aumente de tamaño o se desplace, se favorezca la rotura. Cualquier causa que aumente la presión en el territorio venoso esplénico en un bazo patológico puede favorecer su rotura; se apunta como posible causa

favorecedora la contracción de la musculatura diafragmática y abdominal que produce una compresión esplénica, como ocurre en el mecanismo de Valsalva (tos, vómitos).

5 Bibliografía

1. Hernández-Siverio N, Pérez J, Márquez MA, Díaz L..
2. Rotura espontánea esplénica relacionada con enfermedad pancreática..
3. Cir Esp, 72 (2002), pp. 359-61
4. Paulino A, Guillén V, Benito I, Martínez M, Cabrera O, Sánchez F, et al..
5. Rotura espontánea de bazo como complicación de una mononucleosis infecciosa..
6. ORL-DIPS, 31 (2004), pp. 96-9
7. Orloff MJ, Peskin GW. Spontaneous rupture of the normal spleen: a surgical enigma. Int Abstr SURG. 1958; 106:90

Capítulo 100

ENFERMERIA: OTOEMISIONES ACÚSTICAS EN RECIÉN NACIDOS

ROCIO LOPEZ RODRIGUEZ

VIRGINIA PALACIN RUBIO

RAQUEL GARCÍA

ISMAEL RAMÍREZ LÓPEZ

MARIA JOSE CARABAÑO MARIBLANCA

1 Introducción

La hipoacusia en recién nacidos (RN) es una deficiencia en la agudeza auditiva, de origen congénito o de aparición en los primeros días de vida. Por ello, la realización de un diagnóstico precoz será prioritario, ya que cuanto más se demore, mayor repercusión tendrá sobre el desarrollo del individuo y peores serán los resultados de cualquier intervención terapéutica; esto es debido a que las primeras semanas de vida extrauterina son determinantes para el desarrollo de las vías auditivas y la adecuada plasticidad cerebral.

La pérdida auditiva en RN y lactantes no es fácil de detectar mediante los procedimientos clínicos rutinarios u observación del comportamiento. Sin programas específicos de detección precoz de hipoacusia congénita, la edad media del diagnóstico se situaría entre 2,5-3 años. Los niños que tienen una pérdida auditiva de severa a profunda o discapacidades múltiples suelen detectarse antes de que

cumplan 30 meses. Con programas de cribado universal bien establecidos, la edad media del diagnóstico está alrededor de los 3-6 meses.

La estimación de la hipoacusia congénita habrá de realizarse mediante métodos objetivos, siendo las Otoemisiones Acústicas (OEA) y los Potenciales Evocados Auditivos del Tronco encefálico (PEATC), las técnicas utilizadas para la detección de hipoacusias en RN por parte de enfermería.

2 Objetivos

Realizar una revisión bibliográfica sobre la técnica de cribado auditivo en recién nacidos, basada en la técnica de las otoemisiones acústicas.

3 Metodología

Se realiza una revisión bibliográfica sobre las otoemisiones acústicas, su aplicación e interpretación en el cribado auditivo en recién nacidos. La revisión se realiza en diferentes bases de datos a partir de palabras claves a partir de los objetivos planteados.

4 Resultados

Las OEA se definen como la energía acústica generada por las células ciliadas externas del órgano de Corti que se registran en el conducto auditivo externo. Han sido ampliamente utilizadas en el cribado auditivo neonatal. Su uso en el momento del alta hospitalaria y su repetición en caso de fallo en la primera exploración proporcionan un índice de derivación para confirmación muy bajo. En la actualidad las OEA se consideran la principal técnica de cribado auditivo debido a las siguientes características:

- Son objetivas.
- No son invasivas, puesto que el micrófono receptor y los generadores del estímulo se ubican en una sonda que se introduce en el CAE.
- Pueden ser registradas en el 99% de los oídos con audición normal, en oídos cuyo umbral tonal audiométrico sea < 30-40 dB HL.
- Origen preneural: dado que solo intervienen las células ciliadas externas del órgano de Corti, esto nos permite realizar un diagnóstico diferencial de lesiones neurales versus sensoriales.

- El tiempo de realización de la prueba es breve, oscilando entre dos y tres minutos para cada oído.
- No precisa de personal altamente especializado.
- Es de bajo coste.
- Es una técnica sencilla, eficaz, de fácil interpretación y relativa inmunidad al nivel de ruido ambiental.

Las OEA, debido a que se generan en la cóclea por las células ciliadas, tienen como inconveniente la no detección de hipoacusias de origen retrococlear. Por ello, en algunos casos, si se opta por utilizar esta técnica, se debe combinar con los

PEATC que son generados por las vías nerviosas auditivas y permiten detectar neuropatías o alteraciones en la conducción nerviosa. En los últimos años se han desarrollado equipos más sencillos de OEA que requieren una mínima formación técnica por parte del explorador.

La prueba se lleva a cabo mediante la detección de OEA por clic en ambos oídos. El criterio de «pasa» es la obtención bilateral de OEA a 80 ± 6 dB SPL. Se realiza preferentemente a las 48 horas de vida, ya que antes el CAE puede estar ocupado por residuos del parto.

En ausencia de OEA en ambos oídos (prueba positiva, no pasa, no supera la prueba), es posible que se trate de un RN con hipoacusia que precise nueva valoración para confirmación diagnóstica. Hay que tener en cuenta que esta situación también puede deberse a causas como la realización de la prueba en un ambiente ruidoso, tapón de cerumen en CAE o en la sonda, otitis secretora y en general, cualquier hipoacusia de más de 35 dB debida a patología del oído medio. Se insistirá a los padres en que el niño no es necesariamente sordo hasta que se repita la prueba nuevamente.

En presencia de OEA en ambos oídos (prueba negativa, pasa, supera la prueba), la mayoría serán normoyentes, con las mismas probabilidades que la población general de padecer problemas del oído medio o hipoacusias progresivas tardías. Es importante el seguimiento permanente de los niños, aunque hayan superado las pruebas de cribado en la etapa neonatal. El seguimiento se hace en todos los controles establecidos en el programa de salud infantil en atención primaria.

5 Discusión-Conclusión

La valoración subjetiva de la audición es difícil y poco sensible como método de cribado durante los primeros meses de vida, por lo que es necesario realizar un cribado universal en RN para prevenir trastornos en la adquisición del lenguaje.

Los métodos objetivos de detección son los únicos seguros durante el periodo de lactancia y los primeros años de vida.

En la actualidad las OEA se consideran la principal técnica de cribado auditivo. Las OEA, debido a que se generan en la cóclea por las células ciliadas, tienen como inconveniente la no detección de hipoacusias de origen retrococlear. Por ello, en algunos casos, si se opta por utilizar esta técnica, se debe combinar con los

PEATC que son generados por las vías nerviosas auditivas y permiten detectar neuropatías o alteraciones en la conducción nerviosa.

6 Bibliografía

1. Comunidad de Madrid. Detección precoz de hipoacusia en recién nacidos, Comunidad de Madrid. Documento técnico de Salud Pública. Instituto de Salud pública, Comunidad de Madrid; 2006.
2. Choi KY, Lee BS, Choi HG, Park S-K. Analysis of the Risk Factors Associated with Hearing Loss of Infants Admitted to a Neonatal Intensive Care Unit: A 13-Year Experience in a University Hospital in Korea. *Int J Environ Res Public Health*. noviembre de 2020;17(21).
3. Dirección General de Salud Pública, Drogodependencia y consumo, Consejería de Sanidad y Asuntos Sociales, Gobierno de Castilla la Mancha. Programa de detección precoz de hipoacusia neonatal. Comunidad de Castilla la Mancha; 2014.
4. Delgado JJ, Labañou CS, Martínez A, Merino M, Pallás CR, Pericas J, et al. Detección precoz de la hipoacusia infantil. *Revista Pediatría de Atención Primaria*. 2011;13:279-97.
5. Metzger D, Pezier TF, Veraguth D. Evaluation of universal newborn hearing screening in Switzerland 2012 and follow-up data for Zurich. *Swiss Med Wkly*. 2013;143:w13905.
6. Foust T, Eiserman W, Shisler L, Geroso A. Using otoacoustic emissions to screen young children for hearing loss in primary care settings. *Pediatrics*. julio de 2013;132(1):118-23.
7. Olusanya BO, Bamigboye BA. Is discordance in TEOAE and AABR outcomes predictable in newborns? *International Journal of Pediatric Otorhinolaryngology*

Capítulo 101

DIABETES MELLITUS EN LA EDAD PEDIÁTRICA Y ENFERMERÍA

BARBARA GARCÍA ALVAREZ

1 Introducción

La Diabetes Mellitus (DM) ya era una enfermedad conocida desde la antigüedad y las primeras referencias a ella se encuentran en el Papiro de Ebers (1500 a.C) donde ya se mencionaban ciertos tratamientos para su principal síntoma: la poliuria.

La DM representa un trastorno metabólico que se caracteriza por la presencia de hiperglucemia crónica debido a alteraciones en la secreción de insulina, la disminución de su efecto a nivel tisular, o una combinación de ambas de forma simultánea.

Las causas pueden ser muy diversas, pero la gran mayoría se pueden agrupar en dos categorías:

- DM tipo 1: déficit absoluto de la secreción de insulina. Base autoinmune. A nivel mundial, aproximadamente, el 0,02% del total de la población menor de 15 años (1.800 millones de personas) se ve afectada por esta patología, lo que representa 500.00 niños.
- DM tipo 2: resistencia a la acción de la insulina y respuesta secretora de insulina insuficiente. Su aparición y presencia en la edad pediátrica y durante la adolescencia está directamente relacionada con la obesidad.

Es fundamental establecer un diagnóstico de forma precoz y pautar un tratamiento y seguimiento adecuado e individualizado para evitar la morbilidad aguda, prevenir o retrasar las complicaciones crónicas y, por tanto, reducir la morbimortalidad.

2 Objetivos

- Conocer la base teoría de la DM tipo 1.
- Conocer el papel de la enfermería en el tratamiento y seguimiento de esta patología.

3 Metodología

Para la elaboración de este documento y capítulo se ha realizado una búsqueda sistemática de las principales bases de datos: Pubmed, Medline y Scielo. Se han empleado los booleanos AND, NOT, OR. Posteriormente, se han seleccionado artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

Como punto de partida, debe mencionarse que, en la DM tipo 1 se destruyen las células beta-pancreáticas mediante un mecanismo autoinmune donde se ven implicados factores genéticos (se conocen más de 60 variantes genéticas asociadas al aumento de la predisposición a padecer esta patología) y factores ambientales (agentes infecciosos, antígenos alimentarios, etc), entre otros. Esto justifica la ausencia parcial o absoluta de la insulina.

Debido a la deficiencia de insulina y, como consecuencia, de glucosa, aparecen mecanismos cuyo objetivo es aumentar la glucemia y formar cuerpos cetónicos. Estos cuerpos tienen carácter ácido y por ello disminuyen el pH que, a largo plazo, provoca una cetoacidosis diabética.

En cuanto a la clínica, su debut consiste en poliuria, nicturia, polidipsia y pérdida de peso de varias semanas de evolución. En muchas ocasiones, el cuadro clínico inicial puede ser más inespecífico y pasar desapercibido o ser confundido con otras patologías benignas. Es fundamental la sospecha clínica ante cualquiera de los signos y síntomas de esta patología para evitar la aparición de la cetoacidosis diabética anteriormente mencionada. Para ello, puede optarse por informar de manera masiva a la población con campañas de concienciación sobre las causas, consecuencias, características y evolución de la DM.

En cuanto a su diagnóstico, ante la aparición de síntomas que indiquen una posible DM, debe realizarse una medición de glucemia capilar y valorar la presencia de cuerpos cetónicos. Se diagnostica:

- En presencia de síntomas típicos con glucemia plasmática mayor o igual a 200 mg/dL.

- En ausencia de síntomas típicos con glucemia en ayunas mayor o igual a 126 mg/dL, glucemia tras 2 horas de una sobrecarga oral de glucosa mayor o igual a 200 mg/dL o HbA1c mayor o igual a 6,5%.

Para que los objetivos de crecimiento y la calidad de vida no se vean alterados y aparezcan el menor número posible de complicaciones, será fundamental recurrir a los clásicos del tratamiento de la DM: la administración de insulina, el control de la alimentación y el ejercicio físico. Para que esto sea posible, debe realizarse una correcta monitorización de la glucemia, educación sanitaria, reevaluaciones constantes, etc. Es aquí donde el papel de la enfermería resulta imprescindible. El manejo de los niños y adolescentes diagnosticados con DM tipo 1 debe llevarse a cabo en unidades especializadas con equipos de trabajo multidisciplinares donde dispongan de los recursos humanos (pediatras, psicólogos, trabajadores sociales...) materiales y tecnológicos necesarios.

En primer lugar, el tratamiento con insulina debe iniciarse tan pronto como sea posible para prevenir o tratar una posible descompensación. Puede administrarse insulina, aunque no se haya verificado aún la autoinmunidad de la patología, en cualquiera caso donde se presente hiperglucemia grave y cetonemia. Las pautas de insulino terapia más aceptadas son las basal-bolus, cuyos objetivos son los siguientes:

- Insulina basal: controlar la continua secreción pancreática de pequeñas cantidades de insulina durante las 24 horas del día.
- Bolo comida: compensar y evitar el aumento de la glucemia tras la ingesta.
- Bolo corrector: corregir las cifras muy elevadas de glucemia hasta llevarlas a un nivel considerador normal.

Existen dos métodos para administrar una pauta basal-bolus de insulina: múltiples dosis de insulina (MDI) subcutánea e infusión subcutánea continua de insulina (ISCI) o bomba de insulina.

En cuanto a la alimentación, es necesario mejorar el control glucémico. Para ello se realizan una serie de ajustes en la pauta de insulina mediante la recomendación de una dieta saludable que permita disminuir los factores de riesgo cardiovascular y que se adapte a las circunstancias culturales y psicosociales de cada usuario.

La ingesta calórica debe asegurar el mantenimiento de un peso ideal (en DM tipo 1 debe evitarse el sobrepeso) y favorecer un adecuado crecimiento. Como base general, debe saberse que se recomienda ingerir el 50-55% de las calorías como hidratos de carbono, 30% como grasas y 15-20% como proteínas. La cantidad de hidratos de carbono debe controlarse de forma estricta ya que la cantidad de insulina depende de ello.

Respecto al ejercicio físico, hay que tener en cuenta que el de tipo aeróbico pro-

duce un aumento de la sensibilidad de la insulina. Esto quiere decir que aumenta la posibilidad de hipoglucemias durante o después de practicarlo. Lo ideal es realizar actividad física de forma programada para realizar los ajustes de insulina con antelación, de forma adecuada y controlada para evitar desajustes glucémicos.

Puede que sea necesario disminuir la dosis de insulina previa y/o aumentar la ingesta de hidratos de carbono durante y/o después. En caso de ejercicio físico no programado, debe realizarse una ingesta extra de hidratos de carbono para prevenir hipoglucemias. La glucemia debe ser medida antes de practicar cualquier tipo de actividad física ya que se desaconseja realizarla en caso de hiperglucemia con cetosis o hipoglucemia.

El seguimiento habitual consiste en:

- Consulta cada 2-3 meses para valorar el control glucémico, el crecimiento, desarrollo y salud general.
- Consulta anual para valorar los conocimientos de alimentación y necesidades psicosociales, cribar las comorbilidades y factores de riesgo, actualizar aspectos concretos de la educación sanitaria, etc.

5 Discusión-Conclusión

En nuestro país, actualmente hay 29000 casos de pacientes en edad pediátrica que padecen diabetes mellitus. Lo cual es una cifra considerablemente alta como para tomar conciencia de la enfermedad. Desde el punto de vista de la enfermería, debemos realizar desde la atención primaria y especializada una educación sanitaria adecuada a la población infantil y sus familias.

Además, sería de gran relevancia realizar registros de diabetes mellitus en las diferentes comunidades autónomas, así como unificar en lo posible la metodología utilizada. Todo ello, para obtener datos más precisos sobre la epidemiología de la diabetes mellitus infantil en nuestro país y conocer la evolución de la incidencia de la enfermedad en los próximos años.

6 Bibliografía

Rodríguez Contreras J, González Casado I. Manejo y seguimiento del niño diabético. Rev Pediatr Integral [Internet]. 2015 [Consultado 23 Mar 2022]; 19(7):456-466. Disponible en: https://www.pediatriaintegral.es/wp-content/uploads/2015/xix07/02/n7-456-466_Javier%20Rguez.pdf

Sánchez Rivero G. Historia de la diabetes. Rev Gac Med Bol [Internet]. 2007 [Consultado 30 Mar 2022]; 30(2): 74-78. Disponible en: http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1012-29662007000200016

Conde Barreiro S, Rodríguez Rigual M, Bueno Lozano G, López Siguero JP, González Pelegrin B, Rodrigo Val MP et al. Epidemiología de la diabetes mellitus tipo 1 en menores de 15 años en España. Rev An Pediatr [Internet]. 2014 [Consultado 23 Mar 2022]; 81(3):189.e1-189.e12. Disponible en: <https://www.analesdepediatria.org/es-epidemiologia-diabetes-mellitus-tipo-1-articulo-S1695403313005298>

Capítulo 102

LA ENFERMERÍA EN EL PACIENTE ANTICOAGULADO

MARIA DEL CARMEN BAÑÓN MARTÍN

LAURA LÓPEZ RAMÍREZ

LAURA VIGIL GONZALEZ

SARA FERRERÍA IGLESIAS

CLARA FERNÁNDEZ GONZÁLEZ

1 Introducción

El aumento de la esperanza de vida ha dado lugar a un mayor numero de enfermedades tromboembolicas , las cuales son las principales causantes de mortalidad en los países desarrollados. En España se estima que hay 800000 personas anticoaguladas. Los anticoagulantes orales son un grupo de medicamentos que lo que hacen es evitar la formación de trombos.

La coagulación de la sangre es un mecanismo fisiológico, pero se puede ver alterado por distintas circunstancias o enfermedades. El tratamiento con anticoagulantes orales esta indicado en los pacientes que presentan alteraciones en la coagulación como puede ser la fibrilación auricular, valvulopatias, reemplazps valvulares , infarto agudo de miocardio, pacientes con endoprotesis coronaria o stent etc...

Los anticoagulantes orales no es una medicación que se tome y obtengamos los

beneficios inmediatamente , lleva de un proceso de búsqueda de la dosis adecuada, individualizándola en cada paciente.

El principal anticoagulante oral es el acenocumarol , mas conocido como sintrom, también esta disponible la warfarina, estos medicamentos actúan sobre la vitamina K, la cual es necesaria para que funcione todo el mecanismo de la coagulación

La forma de medir el efecto de los anticoagulantes, se hace a través de una punción capilar con la que se determina el resultado del INR (índice normalizado), en personas no anticoaguladas el INR es alrededor de 1, pero en la personas anticoaguladas el INR normal es de 2-3. Si el INR es inferior indica que el efecto anticoagualente no es efectivo y si es por encima indica alto riesgo de hemorragias.

Uno de cada tres pacientes no alcanza un buen control terapéutico dando lugar a un aumento de ictus, embolismos y hemorragias que pueden llegar a ser mortales , de ahí la importancia de la supervisión periódica por parte del personal enfermería y sanitaria para lograr el cumplimiento y adherencia al tratamiento , para obtener unos resultados deseados.

2 Objetivos

- Exponer la importancia de que el personal de enfermería consiga una adecuada adherencia al tratamiento y el cumplimiento del mismo.
- Dar a conocer los síntomas que puede ser necesarios de consulta urgente, como son los sangrados, cefaleas intensas parestesias etc.

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

El objetivo de la intervención de la enfermera es mejorar la calidad de vida de estos pacientes, para ello es necesario aportarles información y educación para

la salud para que ellos sean capaces de saber identificar cuando algo va mal en su enfermedad y poder llevarlo lo mejor posible.

Los anticoagulantes orales disponibles en España cuentan con mas de 200 fármacos con los que puede producirse una interacción farmacológica los cuales pueden inhibir o reducir su efecto, ejemplos de ellos son los antidepresivos , fenobarbital, misopostol , la propia vitamina K, la hierba de san Juan, por otro lado tenemos los fármacos que potencian su acción como puede ser omeprazol, acido acetil salicilico el copidorgel y los antibioticos. Por todo ello es muy importante realizar un plan de cuidados enfermero individualizado para poder dar toda la información necesaria al paciente.

Por otro lado será necesario informarle también del tipo de nutrición que debe tomar para que no influya con el tratamiento anticoagulante desencadenando efectos indeseables.

Los alimentos que interfieren con los anticoagulantes orales son los que llevan vitamina K: como la col, las espinacas , guisantes , espárragos, perejil, brocoli, lechuga , aguacate , todos ellos se debe restringir su consumo notablemente sin restricción absoluta. Otros alimentos que se pueden comer de manera moderada serían los zanahoria, tomate , pepino , manzana , judías verdes, champiñones ya que estos tienen un contenido de vitamina K bajo.

Es muy importante dar a conocer también cuales serían los síntomas que nos deberían alarmar para acudir lo mas rápidamente a urgencias. Las hemorragias son una de las principales consecuencias de estos medicamentos, ictus, cefaleas. Se ha asociado una mala evolución en los pacientes consumidores de alcohol.

5 Discusión-Conclusión

El tratamiento con anticoagulantes debe ser cuidadosamente controlado por parte del personal sanitario al igual que la educación para la salud por parte de los profesionales de enfermería es algo vital para el paciente anticoagulado , ya que debemos conseguir que ellos hagan un manejo adecuado de su tratamiento, conociendo como administrar el tratamiento, acudiendo a las revisiones pertinentes, y uno de los puntos que mas se incide en estos pacientes es la alimentación, debemos explicarles la importancia que tiene una adecuada alimentación y cuales son beneficiosos o perjudiciales para este tipo de tratamiento. Por último destacar también la importancia de hacerles saber cuales son los signos y síntomas que implican gravedad para evitar posibles complicaciones.

El personal de enfermería es uno de los pilares básicos en que el paciente lleve un buen cumplimiento del tratamiento y juega un papel crucial en la educación

de la salud.

6 Bibliografía

- Badescu E, Santander S. Cuidados de enfermería en el autotratamiento de pacientes con anticoagulantes orales. Rev.Sanitaria de investigación. 2021. Disponible en : <https://revistasanitariadeinvestigacion.com/cuidados-de-enfermeria-en-el-autotratamiento-de-pacientes-con-anticoagulantes-orales/>
- Lara A. Atención de enfermería al paciente anticoagulado desde atención primaria. Ocronos editorial científica técnica. 2019. Disponible en : <https://revistamedica.com/atencion-de-enfermeria-paciente-anticoagulado-atencion-primaria/>.
- Hernández J. Anticoagulación y Enfermería en atención primaria .Rev.electrónica de portales médicos. 2014. Disponible en: <https://www.revista-portalesmedicos.com/revista-medica/anticoagulacion-oral-enfermeria/>
- Texeira G. Cuidados de enfermería al paciente en tratamiento con nuevos anticoagulantes orales[sede web] Universidad de Valladolid. 2016. Disponible en : <https://uvadoc.uva.es/handle/10324/25275>
- Diario enfermero [sede web] . Las enfermeras deben asumir la formación del paciente anticoagulado. [actualizado 28 de mayo de 2017; acceso 18 de Abril de 2022]. Disponible en : <https://diarioenfermero.es/las-enfermeras-deben-asumir-la-formacion-del-paciente-anticoagulado/>
- Donamaria N. Educación sanitaria en los pacientes anticoagulados vía oral.2012. Disponible en : Badescu E, Santander S. Cuidados de enfermería en el autotratamiento de pacientes con anticoagulantes orales. Rev.Sanitaria de investigación. 2021. Disponible en : <https://revistasanitariadeinvestigacion.com/cuidados-de-enfermeria-en-el-autotratamiento-de-pacientes-con-anticoagulantes-orales/>
- Lara A. Atención de enfermería al paciente anticoagulado desde atención primaria. Ocronos editorial científica técnica. 2019. Disponible en : <https://revistamedica.com/atencion-de-enfermeria-paciente-anticoagulado-atencion-primaria/>.
- Hernández J. Anticoagulación y Enfermería en atención primaria .Rev.electrónica de portales médicos. 2014. Disponible en: <https://www.revista-portalesmedicos.com/revista-medica/anticoagulacion-oral-enfermeria/>
- Texeira G. Cuidados de enfermería al paciente en tratamiento con nuevos anticoagulantes orales[sede web] Universidad de Valladolid. 2016. Disponible en : <https://uvadoc.uva.es/handle/10324/25275>

Diario enfermero [sede web] . Las enfermeras deben asumir la formación del paciente anticoagulado. [actualizado 28 de mayo de 2017; acceso 18 de Abril de 2022]. Disponible en : <https://diarioenfermero.es/las-enfermeras-deben-asumir-la-formacion-del-paciente-anticoagulado/>

Vidal R, Llamas P. La enfermería , la clave en el cuidado de los pacientes anticoagulados.[sede web][actualizado 2022; acceso abril de 2022]. Disponible en: <https://www.redaccionmedica.com/autonomias/madrid/la-enfermeria-clave-en-el-cuidado-de-los-pacientes-anticoagulados-5413>

Capítulo 103

PROBLEMAS ERGONÓMICOS EN EL PERSONAL DE ENFERMERÍA

MARÍA CACHERO MUÑIZ

DAVID REDRUELLO RIVERO

LUCÍA SOTO DOMÍNGUEZ

MARÍA BELÉN MATANZA VALDÉS

LAURA IÑIGO GARGANTIEL

1 Introducción

Los profesionales de enfermería son unos de los trabajadores más vulnerables y con un mayor riesgo de sufrir accidentes laborales, que se encuentran ligados con sus actividades profesionales y asociadas a las condiciones del puesto de trabajo. La literatura científica encuentra diversos factores de riesgo que inciden en que estos profesionales sufran problemas ergonómicos en su puesto de trabajo; especialmente destacables son aquellos relativos a la institución, como son: el aumento de las horas de trabajo, el incremento del horario extraordinario, los ritmos de trabajo excesivamente rápidos, la falta de recursos -tanto materiales, como humanos-, una ratio entre el personal y el paciente muy baja, así como otros factores sociales y ambientales entre los que se pueden mencionar: el nivel de humedad, el calor o la falta de iluminación. Entre los más clásicos encontramos también los movimientos repetitivos, que conllevan una sobrecarga física o precisan una fuerza excesiva.

Parece que los accidentes en los profesionales de enfermería han sido ampliamente estudiados por la investigación de los últimos años, a fin de determinar las causas de los mismos e implementar programas preventivos; además, se debe tener en cuenta que hoy en día los mercados de trabajo conllevan una competitividad alta. Por otro lado, en organizaciones de salud públicas hallamos salarios bajos, turnos inadecuados y flexibilidad baja, lo que provoca que los profesionales sanitarios se encuentren insatisfechos con su puesto de trabajo, ya que se ve afectada su calidad de vida.

2 Objetivos

-Analizar, a nivel ergonómico, los problemas más habituales encontrados en los profesionales de enfermería que trabajan en instituciones sanitarias públicas.

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

Tras analizar distintos artículos científicos se ha encontrado que la profesión de enfermería se encuentra ligada a distintos riesgos que son inherentes a su profesión. En primer lugar, encontramos el transporte de elementos o, incluso, de pacientes, que derivan en un alto esfuerzo físico, con las consecuencias que esto conlleva; también las posturas forzadas son claramente destacables; en tercer lugar, y aunque menor porcentaje, hallamos el hecho de trabajar de noche, así como afrontar distintas situaciones que generan estrés y ansiedad de una manera crónica en el tiempo; para acabar, la utilización de materiales inadecuados, que se encuentran en mal estado o son insuficientes, también afectan a la calidad del trabajo; para acabar, los factores ambientales, como se ha mencionado de manera previa, afectan directamente al enfermero o enfermera.

Para tener en cuenta el nivel de afectación de la persona, se han de contemplar las características individuales del trabajador, ya que variables como la edad, las

condiciones físicas, el clima social y laboral, el nivel socioeconómico del trabajador... afectan a como estos factores de riesgo inciden en la salud del profesional. Otra variable mediadora que se debe mencionar es la experiencia del trabajador, que se halla ligada a un agotamiento físico más o menos acentuado. Sin embargo, el principal factor a destacar es la movilización de pacientes. La baja ratio de profesionales provoca que, en ocasiones, dicha movilización o traslado se lleve a cabo por un único profesional, con los problemas ergonómicos y físicos que esto conlleva, ya que no se pueden adoptar las posturas adecuadas. También se deben mencionar los accidentes laborales, que se ligan a las condiciones de las instalaciones. Por otro lado, se encuentra una clara falta de formación y capacitación del personal enfermero en materia de ergonomía e higiene postural.

Todo lo anterior deriva en consecuencias graves para la salud, no solo a nivel físico, sino también a otros niveles, como es la aparición de trastornos de ansiedad, trastornos del sueño, problemas en la sexualidad, síndrome de burnout, trastornos gastrointestinales, problemas y afectación de la vida social y familiar, absentismo, envejecimiento prematuro... Las consecuencias más detectadas a corto plazo son, sin embargo, dolencias físicas, especialmente en la espalda y en la región baja del cuello; también en las extremidades, especialmente los brazos y las pantorrillas, que puede derivar en artritis. Una consecuencia más a medio y largo plazo son las bajas laborales, que en ocasiones se acaban haciendo crónicas.

5 Discusión-Conclusión

El personal de enfermería se enfrenta en su trabajo diario a condiciones inadecuadas, tanto a nivel de institución como organizacionales y materiales, lo que puede derivar en problemas físicos, sociales y emocionales. Por este motivo, en muchas ocasiones, su asistencia al paciente es un reto que deben afrontar día a día para desarrollar su trabajo con cierta calidad. Encontramos múltiples riesgos laborales que afectan al profesional a nivel ergonómico, como son las largas jornadas, las horas extras, distintos factores ambientales y sociales, las sobrecargas en la postura y por el traslado de los pacientes... Hallamos, además, distintas consecuencias muy ligadas al absentismo y a las bajas, incluso la incapacidad. Por este motivo, atender a medidas preventivas, como son la organización correcta de los espacios y de la institución, la actualización de equipos, introducir nuevo personal para rebajar las ratios... son medidas eficaces que previenen el absentismo y dichas consecuencias, incidiendo en la calidad de vida profesional.

6 Bibliografía

De Souza, C. D. S., Lima da Silva, J. L., Antunes Cortez, E., Schumacher, K. P., Moreira, R. C. S., & De Almeida Nilson, T. (2011). Riesgos ergonómicos de lesión por esfuerzo repetitivo del personal de enfermería en el hospital. *Enfermería Global*, 10(23), 251-263.

Martínez Latorre, M. D. M. (2016). *Riesgos Ergonómicos en Enfermería*.

Urbano, O. M. C., & Tataje, M. P. (2014). Riesgos ergonómicos de los profesionales de enfermería que laboran en las áreas críticas de los hospitales del MINSA y ESSALUD del departamento de ICA-2009. *Revista Enfermería la Vanguardia*, 2(1), 76-80.

Mondelo, P. R., & Torada, E. G. (2010). *Ergonomía 1. Fundamentos*. Univ. Politèc. de Catalunya.

Morales, X. (2016). Riesgos ergonómicos y prevalencia de trastornos músculo esqueléticos en personal sanitario que manipula pacientes manualmente en el HCAM. *Revista Médica-Científica CAMbios HECAM*, 15(1), 27-33.

Capítulo 104

ENFERMERIA EN RELACIÓN CON LAS ÚLCERAS VASCULARES. REVISION BIBLIOGRÁFICA

SHEILA DÍAZ MOLINA

NOELIA GÓMEZ MUÑOZ

ROCÍO MONDÉJAR NAVARRO

ESTER MARIA RUBIO SANCHEZ

SARAY ESTRADA FERNÁNDEZ

1 Introducción

En algunos casos en los miembros inferiores se puede ver interrumpido el riego de las arterias de esa parte debido a la isquemia por la obstrucción de las arterias principales.

Normalmente esta patología suele ocurrir con alguna patología de base en personas mayores de 70 años. Además también puede ocurrir en personas con factores de riesgo como la hipertensión arterial, la arterioesclerosis y la diabetes mellitus, y factores no modificables como son la edad y la raza.

Los cuidados de enfermería van enfocados desde la prevención actuando sobre los factores de riesgo para intentar evitarlos y conseguir que no ocurra la obstrucción de las arterias.

La enfermedad de los escarpates se le llama a la claudicación intermitente, síntoma muy característico en esta patología presente en los pacientes que lo sufren que les obliga a detener su marcha para aliviar el dolor en los miembros inferiores.

Se puede decir que este síndrome tiene como característica principal la aparición de un dolor de forma repentina en los miembros inferiores que es debido a que llega poco oxígeno por culpa de la obstrucción arterial. Al principio obliga al paciente a detenerse para aliviar el dolor pero cuando la obstrucción arterial está más avanzada el dolor se mantiene estando aun la persona en reposo.

2 Objetivos

- Establecer las competencias de conocimientos, habilidades y actitudes necesarias en los profesionales para el manejo de úlceras vasculares.
- Conocer la importancia de una realización eficaz del manejo de las úlceras vasculares por parte del personal de enfermería.
- Exponer la importancia de mejorar el abordaje multidisciplinar en cuanto a las úlceras vasculares.

3 Metodología

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

4 Resultados

Es necesario realizar una revisión de los estudios sobre enfermedades arteriales debido a que en la actualidad es muy frecuente que los pacientes las sufran, para además ayudar a los pacientes a disminuir la aparición de complicaciones con la intervención de los cuidados por parte del personal de enfermería.

Las úlceras vasculares son las complicaciones más frecuentes de esta patología que se puede situar más frecuentemente en maléolos, talón y dedos de los miembros inferiores.

Para que se produzca la recuperación de las lesiones producidas por la enfermedad arterial periférica y poder realizar una educación sanitaria, esta revisión

bibliográfica se centrara en los cuidados del personal de enfermería de las úlceras vasculares y así apoyar en todo lo posible para que puedan mejorar sus hábitos de vida saludables y de esta manera poder llegar a que disminuyan las complicaciones que puedan surgir en consecuencia. Entre los cuidados por parte del personal de enfermería tenemos los siguientes:

- El personal de enfermería tiene que realizar curas secas para evitar que aparezcan infecciones.
- No se pueden emplear los vendajes comprensivos debido a que no permiten una correcta circulación sanguínea y darían lugar a un dolor en los miembros inferiores.
- Se debe de hacer un seguimiento del paciente después de haberle hecho la revascularización para controlar el estado en el que se encuentran las úlceras y aplicar los distintos tratamientos existentes.
- Una vez que se ha procedido a la limpieza de la úlcera, se favorecerá la formación del tejido de granulación.

En cuanto a la educación sanitaria en la consulta de enfermería:

- Los pacientes diabéticos: hay que llevar un control glucémico para poder prevenir su aparición.
- Tabaquismo: que el paciente deje de fumar, ayudaría a que las úlceras se puedan recuperar más pronto.
- Hipertensión arterial: es necesario que el paciente evite la sal y lleve una alimentación saludable.
- Higiene de la piel: se deberá de revisar los miembros inferiores para buscar lesiones.
- Utilizar un buen calzado evitando andar descalzo para prevenir lesiones.
- Una correcta higiene de uñas.
- Evitar en la medida de lo posible el uso de ropas apretadas con el fin de evitar una mala circulación sanguínea.
- Un control del peso del paciente.
- Realizar ejercicio físico de forma moderada para mejorar la circulación.
- Baños de agua fría mejorarán la circulación.

5 Discusión-Conclusión

Debido al alto número de casos con enfermedad vascular periférica hace necesario estudios para cuidar a estos pacientes. Estos cuidados son aquellos que se realizan por parte del personal de enfermería para prevenir, curar y detec-

tar cualquier complicación de la obstrucción arterial evitando así la aparición de isquemia, necrosis y como consiguiente la amputación del miembro afectado. Todas esas actuaciones enfermeras deben realizarse previa formación, actualización de conocimientos y destrezas en las técnicas de curación. Como la correcta manipulación de las úlceras vasculares durante las curas, tanto previamente a la intervención quirúrgica si fuera necesario como postquirúrgicamente para revascularizar la zona afectada.

6 Bibliografía

1. Fukaya E, Margolis DJ. Leg ulcers. In: Lebowitz MG, Heymann WR, Berth-Jones J, Coulson I, eds. *Treatment of Skin Disease: Comprehensive Therapeutic Strategies*. 4th ed. Philadelphia, PA: Elsevier Saunders; 2014:chap 120.
2. Asociación Española de Enfermería Vascular y Heridas. Guía de práctica clínica: Consenso sobre úlceras vasculares y pie diabético. Tercera edición. Madrid: AEEVH, 2017. Consultado el 31 de mayo de 2018 en: <https://www.aeev.net>
3. Esteban MI. Plan de cuidados individual: revascularización arterial periférica. *Serie Trabajos Adaptación al Grado*. 2013; 5(3): p. 175-221. Consultado el 30 de mayo en: <http://www.revistareduca.es>

Capítulo 105

ACTUACIÓN DE ENFERMERÍA EN CUANTO AL TRATAMIENTO DEL DOLOR ONCOLÓGICO. REVISION BIBLIOGRAFICA.

NOELIA GÓMEZ MUÑOZ

SHEILA DÍAZ MOLINA

ROCÍO MONDÉJAR NAVARRO

ESTER MARIA RUBIO SANCHEZ

MONICA ALONSO ALONSO

1 Introducción

Cerca del 90% de los pacientes con cáncer sufren dolor asociado al mismo. Este dolor está frecuentemente infratratado, en una frecuencia que está entre el 25 y el 45% de los pacientes que lo sufren, estando esto causado por diferentes factores referentes al paciente y su entorno (miedo a efectos adversos, desesperanza de controlar su dolor...), al personal sanitario (que sea reacio a prescribir, inadecuada valoración, poca formación...) y al proceso comunicativo establecido entre el paciente y el personal sanitario. Estos aspectos afectan muy directamente al equipo de Enfermería. Estudios realizados en Francia han demostrado que hasta un 76% de médicos se mostraron reacios a pautar opioides para el cáncer oncológico.

Otros estudios europeos también reflejan esta actitud a la hora de recetar opioides .

Estos datos muestran que el personal sanitario, entre el que se incluye el de Enfermería, tiene un gran papel en el infratratamiento de este tipo de dolor. Es lógico deducir que justifican ya de por sí una investigación más a fondo sobre qué papel desempeñan los profesionales que trabajan con enfermos oncológicos, cómo desarrollan sus labores y qué saben acerca del dolor que estos sufren. La actuación de todo el equipo sanitario es básica para poder dar apoyo al paciente oncológico.

2 Objetivos

Identificar y aumentar los conocimientos de la enfermería sobre el dolor oncológico para proporcionar cuidados de mayor calidad al paciente con este tipo de dolor.

3 Metodología

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

4 Resultados

Un adecuado manejo del dolor requiere una evaluación individualizada, para lo cual se deben considerar los deseos del paciente. Esto es algo que Enfermería sí tiene en cuenta, como ha quedado plasmado en determinados estudios

La evaluación del dolor es un elemento básico de los cuidados y de ella se deriva el resto de actuaciones, por lo que el personal de Enfermería debe conocer con qué objetivo se evalúan las dimensiones del dolor. Este aspecto ya lo apunta un estudio realizado en la Universidad de Illinois en Chicago , otorgándole gran importancia a este aspecto, ya que así la Enfermería se vería capacitada para escoger la herramienta más adecuada a las características del paciente. Por otro lado, este estudio apunta que se deben conocer los factores que modifican o pueden modificar la evaluación (analgésicos, tipo de dolor, retraso motor o cognitivo...), así como el momento más oportuno para evaluarlo, evitando, por ejemplo, realizarla cuando el paciente acaba de administrarse una dosis de analgésico.

Por tanto, si de la propia evaluación se va a desprender la actuación a seguir, se entiende que se le debe conceder mucha importancia. Un estudio realizado en Río de Janeiro y publicado en la revista *Ciencia y Enfermería* determinó que, en un hospital de cuidados paliativos oncológicos, el 100% de los planes de cuidados contemplaban la evaluación del dolor por diferentes métodos: por medio de la escala EVA, registro de las facies de dolor, valorando la comunicación verbal o el grado de conciencia disminuido.

En este aspecto, otro estudio realizado con pacientes oncológicos ⁴ afirma que el personal de Enfermería está más atento a las alteraciones conductuales del paciente, como pueden ser lloro, inquietud o expresión facial, que, a las alteraciones fisiológicas, por ejemplo, modificación de la frecuencia cardíaca y respiratoria, tensión arterial o saturación de oxígeno, a la hora de evaluar el dolor del paciente. A pesar de la gran cantidad de métodos y escalas de evaluación con las que cuenta el personal de Enfermería, el dolor no está correctamente valorado, ya sea a causa del propio paciente o por el factor profesional. De acuerdo con un estudio realizado sobre la prevalencia del dolor oncológico en pacientes en situación paliativa, se establece que una de las principales causas por las cuales muchos pacientes están infra tratados o con tratamiento inadecuado es porque esconden tal dolor a las enfermeras por miedo a procedimientos invasivos o a nuevas situaciones desconocidas.

En este sentido, con el objetivo de intentar evitar las barreras que impiden que el dolor sea bien evaluado, se realizó una intervención en Holanda con pacientes con dolor oncológico, y consistía en proporcionar a los participantes (once en total) una aplicación móvil que les permitía registrar de forma diaria el dolor, los efectos adversos e interferencia del dolor con sus actividades diarias, así como la satisfacción con el tratamiento, todo ello supervisado por tres enfermeras. En líneas generales la aplicación tuvo buena recepción, tanto por parte de los pacientes como de las enfermeras, mostrando una buena adherencia y reportando satisfacción a los pacientes, siendo un procedimiento sencillo, divertido y completo.

Esto abre una puerta a posibles nuevas vías en el manejo del dolor. Por tanto, la implementación de la automonitorización del dolor oncológico, nos permitiría salvar en parte las barreras que dificultan un adecuado manejo del dolor.

Es por ello que el personal de Enfermería debe asesorar y enseñar adecuadamente al paciente acerca del dolor, para así reducir sus miedos e inseguridades. Con una adecuada educación al paciente muchas de estas dudas y miedos se resolverían, recayendo los beneficios en el paciente, ya que permitiría, entre otras cosas, una evaluación eficaz y sin barreras del dolor. Otros autores apuntan a que la in-

fravaloración del dolor puede deberse, entre otras causas, al factor profesional. Esto es, a la inadecuada valoración del dolor que puede realizar el profesional sanitario, a pesar de que una mala valoración es un gran escollo para el adecuado manejo y tratamiento del mismo. Una vez evaluado el dolor, Enfermería tiene un papel muy importante en la administración y aplicación del tratamiento, ya sea farmacológico (guiado principalmente por la escalera analgésica de la OMS) o no farmacológico .

5 Discusión-Conclusión

El estudio realizado por la Organización Mundial de la Salud (OMS) anteriormente mencionado revela que un adecuado manejo de este tipo de dolor por parte del personal de Enfermería reside en la aplicación de cuidados y prácticas basadas en la evidencia. Tal estudio define la práctica basada en la evidencia como aquella decisión clínica tomada con base en la mejor evidencia, experiencia clínica y preferencia de los pacientes .

Las enfermeras, por tanto, quieren tener los conocimientos y habilidades necesarias para poder poner en práctica este tipo de intervenciones, pero hay dificultades y barreras que impiden su correcta implementación. Las barreras que encuentran las enfermeras son principalmente de tipo organizacional y de provisión, como pueden ser la falta de tiempo, la elevada carga de trabajo, la infrautilización de las intervenciones farmacológicas o el déficit de conocimientos en el manejo del dolor.

6 Bibliografía

1. Dopico Santamariña LM, Hermida Porto L. Manejo del dolor oncológico [monografía en Internet]. Fistera; 2014 [acceso 8 de mayo de 2017]. Disponible en: <http://www.fisterra.com/guias-clinicas/manejo-dolor-oncologico/>
2. Bartoszczyk DA, Gilbertson-White S. Interventions to nurse-related barriers in cancer pain management. *Oncol Nurs Forum* [revista en Internet]. 2015 [acceso 10 de mayo de 2017]; 42(6): [634-41]. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4617595/>
3. Hochstenbach LMJ, Zwakhlande SMG, Courtens AM, van Kleef M, de Witte LP. Feasibility of a mobile and web-based intervention to support self-management in outpatients with cancer pain. *Eur J Oncol Nurs* [revista en Internet]. 2016 [acceso

Capítulo 106

LA INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA EN LA SINEQUIA VULVAR. REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA.

ROCÍO MONDÉJAR NAVARRO

ESTER MARIA RUBIO SANCHEZ

NOELIA GÓMEZ MUÑOZ

SHEILA DÍAZ MOLINA

MONICA ALONSO ALONSO

1 Introducción

Se define sinequia vulvar a la adherencia que existe entre los labios menores, lo que impide ver la entrada a la vagina y a veces incluso el meato uretral.

Con el tiempo la adherencia da lugar a una cicatriz de grosor variable dependiendo del tiempo que ha transcurrido de cuándo empezó a existir la patología.

Esta patología se produce durante los primeros meses o años de vida y no como falsamente se crea durante la fase embrionaria, con lo cual no es congénito.

Las sinequias no suelen producir ningún tipo de síntomas y se suelen ver por primera vez en las revisiones rutinarias de pediatría de atención primaria. Normalmente estas sinequias son parciales siendo las más usuales y asintomáticas.

Existen además las sinequias totales, las cuales, si que pueden dar síntomas como irritación, molestias al orinar, incluso a veces infecciones urinarias.

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

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

2 Objetivos

- Establecer las competencias de conocimientos, habilidades y actitudes necesarias en los profesionales de enfermería en cuanto a la sinequia vulvar.
- Conocer la importancia de una realización eficaz del manejo de la sinequia vulvar.
- Mejorar el abordaje multidisciplinar en cuanto a la sinequia vulvar.

3 Metodología

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

4 Resultados

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

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

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

- Si nos encontramos ante un caso de sinequia sin síntomas, la mejor opción es no tratarla, aunque haremos incapie, en que es importante mantener una optima higiene genital todos los días. La limpieza de la zona, se hará desde la parte anterior vulvar hacia atrás, para no dar lugar a una contaminación de los genitales

con resto de heces. En esta maniobra, se puede aprovechar para ejercer una ligera presión y así intentar liberar poco a poco la adherencia. Para la limpieza de la zona se puede utilizar preferiblemente un jabón con pH neutro, o bien uno indicado para la higiene infantil. En ocasiones, simplemente en un accidente doméstico, recibiendo un golpe en la zona, la adherencia de los labios menores puede desaparecer, sin necesidad de ningún otro tipo de tratamiento.

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

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

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

5 Discusión-Conclusión

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

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

Las sinequias vulvares, abordadas precozmente y con el adecuado tratamiento, suelen responder satisfactoriamente al mismo, y resolverse fácilmente. Por ello, es de gran relevancia, realizar una adecuada inspección de la zona genital de las niñas cuando acudan a las revisiones del programa del niño sano, para poder detectar lo antes posible la existencia de una sinequia.

6 Bibliografía

Hueto Najarro A, González García G, Breton Hernández P, Zarate Tejero I, Lanuza Arcos R, Ferrer Santos P. Úlceras genitales de Lipschütz: reporte de un caso pediátrico. Arch Argent Pediatr 2017; 115(6):e436-e439. doi: 10.5546/aap.2017.e436

Wolters V, Hoogslag I, Wout JVT, Boers K. Case Report: Lipschütz ulcers: a rare diagnosis in women with vulvar ulceration. Obstet Gynecol 2017; 130(2):420-2. doi: 10.1097/AOG.0000000000002145

Vieira-Baptista P, Lima-Silva J, Beires J, Martinez-de-Oliveira J. Lipschütz ulcers: should we rethink this? An analysis of 33 cases. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol 2016; 198:149-52. doi: 10.1016/j. ejogrb.2015.07.05. Rivas I: Sinequia de labios menores. En: Vulva, vagina y cueros. Infancia y adolescencia. Buenos Aires, Argentina. Editorial Médica Panamericana, 1996 243-246.

Capítulo 107

ENFERMERÍA ESCOLAR Y EDUCATIVA: UNA REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA

LUCÍA SOTO DOMÍNGUEZ

MARÍA CACHERO MUÑIZ

DAVID REDRUELLO RIVERO

MARÍA BELÉN MATANZA VALDÉS

ANDRES MARTINEZ SUAREZ

1 Introducción

En España, la Ley de Salud Escolar aparece en el año 1994. Se encuentra dirigida a prevenir enfermedades en los menores de edad, incorporando de forma novedosa la promoción a la salud. Por este motivo, su desarrollo se lleva a cabo tanto en centros de atención primaria, como a nivel escolar y educativo, de forma que son los profesionales sanitarios y, muy en concreto, los profesionales de enfermería, los trabajadores que están más capacitados para desarrollar dichas funciones. Serán, por lo tanto, los encargados de desarrollar campañas informativas dirigidas tanto a los menores, como a sus padres o tutores, no solo en el cuidado físico, sino también en la intervención sobre conductas de salud, cómo: evitar el consumo de drogas y sustancias, ejercer una adecuada alimentación saludable, desarrollar un correcto y frecuente ejercicio físico adaptado a las características de la persona...

Sin embargo, las campañas más tradicionales no suelen obtener buenos resultados, tal y como muestran las distintas estadísticas a nivel nacional. Es por ello que, en los últimos años, se ha incorporado esta educación para la salud a nivel de prevención e intervención educativa escolar, con el fin de abordar, convenientemente, distintas problemáticas de inicio temprano.

La Organización Mundial de la Salud, en consonancia con lo previamente mencionado, otorga las competencias de desarrollar estos programas a los profesionales de enfermería, ya que son los trabajadores más próximos entre los sistemas de salud y los usuarios; además, presentan la capacidad de desarrollar un correcto análisis e intervención con esta población. Serán, así, los principales encargados de abordar los contenidos mencionados, intervenir sobre los procesos comunicativos con los padres, madres y docentes y con otros profesionales sanitarios.

2 Objetivos

-Analizar el implemento de la educación para la salud en los centros educativos de España, así como las funciones de los profesionales de enfermería en su abordaje.

3 Metodología

Se ha realizado una revisión bibliográfica utilizando como fuentes científicas diferentes bases de datos, tales como Pubmed, Scielo o Google Académico, a fin de recopilar artículos actualizados sobre el objeto de estudio. Las fechas se han restringido a los últimos 20 años, cribando los resultados a términos referentes al tema del trabajo.

4 Resultados

Los programas de educación para la salud llevan implementándose desde 1994, por lo que tenemos datos fiables sobre su eficacia: se encuentra que estos programas tienen eficacia demostrada a edades tempranas, ya que es un momento en el que aún no han aparecido conductas de riesgo. Por lo tanto, intervenir con prácticas preventivas en este punto, es lo más eficaz y eficiente. A causa de este hecho, la incorporación de programas para la salud a nivel escolar se ha generalizado en las últimas décadas, incorporando talleres y cursos para que los menores, sus tutores y el personal docente desarrollen conocimientos, estrategias, herramientas

y habilidades que potencien sus capacidades para tomar decisiones en consonancia con estilos de vida saludables. Por otro lado, se ha de tener en cuenta que la educación para la salud tiene carácter multidisciplinar, ya que se dirige y se basa no solo en las ciencias de la salud, sino también en las prácticas sociales y educativas. Dicho esto, el profesional de enfermería se encontrará, en su práctica habitual, con otros profesionales que le apoyarán en sus funciones, como psicólogos, trabajadores sociales o profesores y docentes. Entre todos se colaborará para el desarrollo de estos programas y proyectos, coordinándose. Sin embargo, es el profesional de enfermería el encargado de implementar los proyectos a través de distintos planteamientos, de una manera transversal, pero también longitudinal, de forma que el programa implementado dure toda la edad escolar del alumno.

Entre otros programas encontrados desarrollados por el personal de enfermería, hallamos aquellos dirigidos al abordaje de la colesterolemia infantil y adolescente, pero también hacia la salud alimentaria y el abordaje de trastornos cada vez más habituales, como son la anorexia y la bulimia. También se aborda el consumo de tabaco, muy frecuente en la etapa adolescente, y el consumo de alcohol, cuya edad de inicio se ha reducido desde los 15 hasta los 11 o 12 años de edad. Del mismo modo, en los últimos años, entre los adolescentes, se ha incrementado el consumo de distintas sustancias, como el cannabis, o la cocaína. La cantidad de accidentes de tráfico, especialmente en motos entre los más pequeños (sobre los 14 y 15 años), y en coches en usuarios menores de 25 años, también se aborda desde la enfermería escolar. De hecho, los accidentes de tráfico son una de las principales causas de muerte en esta franja de edad. Finalmente, la educación sexual también es un tema frecuentemente trabajado.

En España, el profesional de enfermería aún no se encuentra plenamente instaurado en el sistema educativo, al contrario de lo que ocurre en otros países de la Unión Europea, como Francia, o en otros países del mundo, como Estados Unidos, donde el enfermero o enfermera es un profesional clave de los centros educativos. En estos casos, estos trabajadores realizan funciones múltiples: por un lado, tienen su propio departamento de salud en la institución educativa; por otro lado, también pasan consultas de un modo similar a la atención primaria.

5 Discusión-Conclusión

Se puede concluir que los profesionales de enfermería son importantes en la prevención de distintas patologías o conductas de riesgo, tales como el consumo de sustancias, alcohol y otras drogas. También sobre los embarazos no deseados, la

prevención de accidentes de tráfico, el abordaje de alimentación saludable... Son colaboradores en procesos de socialización y funcionan como un apoyo en el desarrollo de los más pequeños, proporcionándoles habilidades que les permiten tomar decisiones correctas e implementar estilos de vida saludables en su día a día. Así, el profesional de enfermería desarrolla funciones múltiples: en primer lugar, realizarán abordajes sanitarios en consulta; en segundo lugar, realizará estrategias preventivas y, en último lugar, incorporará programas de promoción de la salud.

6 Bibliografía

- Araujo, P. J. (2013). Importancia del rol de la enfermera escolar. En los centros educativos de las islas canarias. *Rev. Rol enferm*, 508-514.
- Carnicero, C. A. (2010). Enfermera escolar «dextra» enfermera comunitaria. *Rev Rol Enferm*, 33(1), 28-9.
- Casado, A. E. (2015). Enfermería escolar, la situación hoy en día. *RevistaEnfermeríaCyL*, 7(1), 56-61.
- Gallego de Pardo, G. P. (2003). Una estrategia de enfermería escolar en la promoción de la salud y prevención de la enfermedad. *Aquichan*, 3(1), 42-47.
- San José Machí, C. (2014). Enfermería escolar.

Capítulo 108

ENFERMERÍA Y EL MANEJO DE FÁRMACOS CITOSTÁTICOS

ALEJANDRO HERNANDEZ LLORENS

1 Introducción

Los citostáticos son fármacos capaces de inhibir el crecimiento desordenado de las células tumorales, alterando la división celular y destruyendo las células que se multiplican de una forma más rápida.

Por todo ello, este tipo de fármacos se usan en el tratamiento farmacológico (quimioterapia) de enfermedades neoplásicas, como terapia única o asociada a otras terapias como la cirugía, radioterapia, hormonoterapia, o inmunoterapia.

Este tipo de fármacos afecta a todas las células del organismo, teniendo como consecuencias asociadas unos efectos tóxicos adversos.

Este hecho conlleva para los trabajadores que los manipulan un riesgo para la salud, por lo que se deben adoptar una serie de medidas y la formación del trabajador en este caso es esencial.

Por ello, es necesario crear un protocolo de vigilancia y manipulación específicos para todos los trabajadores expuestos a agentes citostáticos, para intentar minimizar los riesgos y a ser posible detectarlos antes de que puedan ocasionar un daño en la salud del personal que trabaja con ellos.

El personal de enfermería es el profesional encargado de la administración del fármaco al paciente, por lo que es uno de los trabajadores esenciales que manipu-

lan de forma estrecha estos citostáticos, por lo que veremos a continuación como deben manipularse de forma adecuada.

2 Objetivos

Conocer como personal sanitario formado en enfermería algunas cuestiones básicas relacionadas con el tratamiento correcto de los citostáticos, minimizando los posibles riesgos de sufrir un accidente laboral.

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

Desde el punto de vista farmacológico se pueden clasificar los citostáticos de distintas formas dependiendo de sus características y su mecanismo de acción, tales como: Agentes alquilantes, Antimetabolitos, Antibióticos antitumorales y Alcaloides de las plantas.

- Los agentes alquilantes actúan sobre el ADN, inhibiendo su replicación y su reparación, lo que provoca la muerte de las células.
- Los antimetabolitos son moléculas que evitan la síntesis de ADN y ARN, actuando como falsos sustratos de las enzimas involucradas en el proceso o añadiéndose a los ácidos nucleicos, alterando así su función.
- Los antibióticos citostáticos son un grupo de sustancias naturales que in vitro se comportan como antibióticos, por lo que tienen un efecto antitumoral mediante la generación de radicales libres o intercalándose en el ADN.
- Productos naturales como los derivados de la Vinca, derivados del taxeno y los derivados del Podofilo, inhiben la replicación o síntesis del ADN.

Se entiende por MANEJO O MANIPULACIÓN DE CITOSTÁTICOS el siguiente conjunto de tareas:

1. Preparación de una dosis a partir de una presentación comercial de citostático.
2. Administración al paciente de cualquier tipo de citostático.
3. Recogida / Eliminación de residuos procedentes de las actuaciones anteriores.
4. Eliminación de excretas de pacientes con tratamiento de citostáticos.
5. Cualquier actuación que implique un potencial contacto directo con el medicamento citostático.

Tanto las reacciones adversas como las complicaciones derivadas de un manejo incorrecto de los citostáticos suponen un riesgo para el trabajador.

La bioseguridad es el conjunto de medidas y actuaciones destinadas a la prevención de la ocurrencia de cualquier evento que provoque daños en la salud de las personas que manipulan este tipo de fármacos.

Para determinar el riesgo se debe tener en cuenta el tipo de tarea a realizar, el número de veces que se realiza la tarea a la semana, el tiempo de exposición durante la tarea y la posibilidad de una exposición directa al medicamento citostático.

Con todo ello se determina que existen tres niveles de exposición: Nivel 1, Nivel 2 y Nivel 3.

La administración de citostáticos engloba las técnicas necesarias para la aplicación del tratamiento, independientemente de la vía de administración, siendo las más empleadas la vía intravenosa, la vía subcutánea, la vía tópica, la vía intramuscular y la vía oral.

● Protocolo de actuación segura en el manejo de citostáticos:

- Estos fármacos deben de identificados debidamente y almacenados en áreas específicas donde no sufran grandes movimientos y con instalaciones adecuadas para evitar posibles roturas.
- Es importante que el personal esté formado adecuadamente para su manipulación y pueda actuar correctamente en caso de producirse un derrame por rotura de algún envase.
- Se debe hacer siempre uso de equipos de protección individual (EPI): bata, guantes desechables, mascarilla FFP3, gorro, calzas, pantalla o gafas de protección ocular.
- Si la administración se realiza por vía parenteral, se realiza a través de una llave de tres pasos, dotada de válvulas de seguridad cerradas. La limpieza de la válvula por la que se ha administrado el citostático realiza al finalizar la infusión con alcohol de 70°.

- Para su administración mediante perfusión continua, se utilizan sistemas cerrados que garanticen la seguridad tanto del trabajador y paciente.
- Cuando se manipulen formas orales, se debe evitar el contacto directo con el fármaco mediante la utilización de los equipos de protección individual.
- Todo el material sanitario de un solo uso que haya podido estar en contacto con el medicamento y a las excretas de los pacientes que han recibido tratamiento con este tipo de fármaco debe ser desechado de forma adecuada y segura, ya que se consideran residuos sanitarios de Clase VI (residuos peligrosos, citostáticos y citotóxicos) y por ello son recogidos en contenedores especiales y con una eliminación y tratamiento específico.
- El contenedor de recogida de estos residuos debe tener una alta resistencia, ser totalmente estanco, con cierre hermético y cerradura de seguridad, llevar un pictograma de CITOTÓXICO.
- Las posibles vías de contaminación que los profesionales deben conocer son: Inhalación de los aerosoles y micro gotas, contacto directo, vía oral, extravasaciones, contaminación del área de trabajo.

5 Discusión-Conclusión

He podido conocer como personal sanitario formado en enfermería algunas cuestiones básicas relacionadas con la manipulación de los citostáticos.

El conocimiento por parte del trabajador del conjunto de medidas de bioseguridad frente al manejo de citostáticos es imprescindible para poder evitar la aparición de cualquier evento que pueda provocar daños en la salud de los trabajadores sanitarios.

Los procedimientos y técnicas de trabajo seguro son la clave para minimizar estos riesgos, destacando el uso de equipos de protección individual (EPI) por parte de los profesionales implicados, recordando fundamentalmente el uso de guantes. Creo oportuno recomendar la realización de recordatorios o reciclaje de los profesionales sanitarios expuestos, en concreto del personal de enfermería.

6 Bibliografía

1- <https://www.sanidad.gob.es>

› ...PDF

AGENTES CITOSTÁTICOS - Ministerio de Sanidad

2- <http://scielo.sld.cu>

› scielo

Citostáticos: medicamentos riesgosos - SciELO Cuba

3- <https://www.arcomed.com>

› el-mane...

El manejo adecuado de los fármacos citostáticos - Arcomed

4- <https://scielo.isciii.es>

› scielo

Evidencia de la exposición a fármacos citostáticos del personal sanitario

Capítulo 109

TÉCNICAS DIAGNÓSTICAS DURANTE EL EMBARAZO

CRISTINA GORRIZ ALCAT

MARIA GORRIZ ALCAT

1 Introducción

El embarazo es el período de tiempo durante el cual se forma y desarrolla un feto en el interior del útero materno durante las 37-40 semanas que dura la gestación. La gestación es el periodo comprendido entre la concepción y el nacimiento. Durante el tiempo que el feto transcurre dentro del útero materno se utiliza para su desarrollo y maduración. Se intenta que la madre continúe con su vida con la mayor normalidad posible, sin embargo, se busca que mantenga unas pautas higiénicas que eviten futuros problemas en el feto debido a que, todo lo que le ocurra a la madre posiblemente afectará en el futuro feto.

Según algunos estudios, se conoce que el 50 % de las gestaciones son planificadas, con lo que es posible conocer con anterioridad el estado de salud materno. En caso de enfermedad es posible prevenir complicaciones, y en caso de no haberlas llevar a cabo una correcta promoción de la salud.

En ocasiones, debido a enfermedades o complicaciones maternas durante el embarazo, ya sea provocado por el mismo o por patología materna previa, se hace necesario realizar una serie de pruebas diagnósticas para conocer, diagnosticar y tratar una serie de patologías. En una mujer embarazada, la realización de algunas pruebas deben ser tenidas en cuenta en tanto la repercusión que puede tener en su estado actual y en concreto, aquellas que pueden liberar radiaciones ionizantes.

En la mayoría de las mujeres gestantes la exposición a radiaciones es médicamente adecuada y el riesgo para el feto es mínimo, existe un control adecuado y unos límites conocidos seguros. Las dosis fetales menores que 100 mGy no deberían ser consideradas como una razón para interrumpir un embarazo. En casos de dosis fetales superiores a dicho nivel, las decisiones deberían tomarse después de una apropiada información y basándose en las circunstancias individuales de cada gestante.

2 Objetivos

- Describir las técnicas diagnósticas más utilizadas en embarazadas durante la gestación necesarias para la detección de enfermedades y diagnóstico, evolución y tratamiento de las mismas.
- Definir el riesgo fetal ante la exposición de radiación de estos procedimientos.

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 en las principales bases de datos: Pubmed, Medline y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

El riesgo de irradiación fetal depende en forma de la edad gestacional en la que ocurre y a la dosis absorbida. En grandes rasgos, se puede decir que:

- Los riesgos son mayores durante la organogénesis (que ocurre durante las 8 primeras semanas de gestación) y son mínimos en el tercer trimestre.
- El umbral para considerar malformaciones inducidas por la radiación es de 100-200 mGy o superior, sobre todo a nivel del sistema nervioso central (SNC).
- Esas dosis no se alcanzan con tres TAC pélvicos ni con veinte estudios radiológicos convencionales. Sin embargo, se pueden alcanzar cuando se utiliza la radiología intervencionista con fluoroscopia o con radioterapia.
- Los efectos producidos sobre el SNC: es especialmente sensible entre las semanas 8-25 de gestación. Dosis fetales mayores de 100 mGy se relacionan con la

disminución del cociente de inteligencia y dosis de 1 Gy tienen una alta probabilidad de producir un retraso mental grave.

- Riesgo de leucemia y cáncer: se produce un aumento del riesgo relativo de 1,4 sobre la incidencia normal con dosis de 10 mGy (1).

Las pruebas diagnósticas que van a ser responsables de producir radiación son las técnicas de imagen, necesarias para realizar diagnósticos o para tratamientos. Estas pruebas deben ser realizadas siempre y cuando un profesional de la medicina así lo determine y los riesgos sean superiores a los beneficios para la mujer. A su vez, las profesionales que trabajen en estos procedimientos y estén embarazadas o en calidad de querer/poder serlo deben seguir una serie de recomendaciones y seguridad para su persona.

Finalmente, las pruebas diagnósticas más comúnmente utilizadas son:

- Rayos X.
- Tomografía axial computerizada (TC).
- Técnicas fluoroscópicas
- Medicina Nuclear.
- Resonancia magnética (No emite radiaciones ionizantes).
- Ecografía (No emite radiaciones ionizantes).

RAYOS X:

Son radiaciones electromagnéticas cuya interacción directa con la materia da lugar a la liberación de electrones secundarios, que serán los que producirán fundamentalmente excitación y ionización de los átomos y moléculas de la materia que atraviesan. Son por tanto radiaciones indirectamente ionizantes (2).

TOMOGRAFÍA AXIAL COMPUTERIZADA (TAC):

Es un método de diagnóstico por imágenes que utiliza rayos X para crear imágenes transversales del cuerpo. Utiliza un haz de rayos X capaz de recoger imágenes de todos los ángulos del cuerpo y combinarlos para poder crear la imagen del órgano. La máquina actúa como una combinación de rayos X, con lo que la cantidad de radiación que emita, es superior a los rayos X convencionales, en tanto que son muchas imágenes superpuestas (3).

El escáner es una máquina compleja que consta de una camilla, en la que se coloca el paciente, y un "gantry", donde está un tubo de rayos X especial, que gira a gran velocidad, permitiendo adquirir información de todo el volumen del paciente. Permite la visualización de los órganos internos del organismo gracias a la diferente densidad de los tejidos que los componen, así, la densidad del agua se representa como 0, la del aire como -1.000 y la del hueso como +1.000. Entre ambos extremos se encuentran todas las densidades de todos los tejidos y órganos de nuestro cuerpo. Gracias a las innovaciones tecnológicas e informáti-

cas y a la posibilidad de digitalizar las imágenes, el escáner proporciona un gran rendimiento diagnóstico (4).

TÉCNICAS FLUOROSCÓPICAS:

La fluoroscopia es el método de obtención de imágenes de rayos X en tiempo real, lo que es especialmente útil para guiar una gran variedad de exámenes diagnósticos e intervenciones. La fluoroscopia muestra el movimiento gracias a una serie continua de imágenes obtenidas a una frecuencia máxima de 25 a 30 cuadros completos por segundo. Esto es similar a la manera de transmitir imágenes de televisión o de vídeo convencionales. Si bien la exposición de los rayos X necesaria para producir una imagen fluoroscópica es baja (en comparación con la de una radiografía), los niveles de exposición de los pacientes pueden ser altos por la duración de las series de imágenes que habitualmente se toman en las exploraciones de fluoroscopia. Por lo tanto, el tiempo total de fluoroscopia es uno de los factores más importantes de la exposición del paciente en esta técnica. Dado que generalmente el haz de rayos X se desplaza por diferentes zonas del cuerpo durante un estudio, hay dos aspectos muy diferentes a considerar. Uno de estos es la zona más expuesta por el haz, en la cual estará la piel y los órganos correspondientes que reciben la máxima dosis absorbida. El otro es la energía total de la radiación impartida al cuerpo del paciente, que está relacionada con el producto de kerma por área (KAP o PKA), que es una magnitud fácil de medir. La dosis absorbida en una parte específica de la piel y en otros tejidos es de interés en fluoroscopia por dos razones: una es la necesidad de reducir al mínimo la dosis a los órganos sensibles, tales como las gónadas, la mama, y en este caso, la zona pélvica, lugar donde se aloja el feto, colocando cuidadosamente el haz de rayos X y utilizando blindajes cuando sea apropiado. La segunda es la posibilidad de que el haz incida sobre una determinada zona de la piel durante un tiempo muy prolongado, lo cual puede causar radiolesiones en casos de exposición muy elevada.

Por otro lado, la energía total de la radiación impartida al cuerpo del paciente durante un examen está estrechamente relacionada con la dosis efectiva y con el riesgo de cáncer radioinducido por la radiación.

En fluoroscopia, como en todo tipo de imágenes de rayos X, la exposición mínima necesaria para formar una imagen depende de la información específica que se necesita ver en dicha imagen. Una característica importante de un sistema de fluoroscopia es la sensibilidad, es decir, la cantidad de exposición que se necesita para producir imágenes. El uso de tubos intensificadores y más modernamente, de receptores digitales de panel plano, permite optimizar el equilibrio entre la exposición de los pacientes y la calidad de imagen a fin de no exponerlos innecesariamente.

sariamente a la radiación (5).

MEDICINA NUCLEAR:

La medicina nuclear utiliza pequeñas cantidades de materiales radiactivos llamadas radiosondas que generalmente se inyectan en el torrente sanguíneo, se inhalan o se tragan. La radiosonda viaja a través del área examinada y entrega energía en forma de rayos gamma que son detectados por una cámara especial y una computadora para crear imágenes del interior de su cuerpo. La medicina nuclear proporciona información única que generalmente no se puede obtener utilizando otros procedimientos de toma de imágenes y ofrece la posibilidad de identificar enfermedades en sus etapas tempranas.

Los procedimientos por imágenes de medicina nuclear, son no invasivos y, con la excepción de las inyecciones intravenosas, generalmente constituyen exámenes médicos indoloros que ayudan a los médicos a diagnosticar y evaluar problemas de salud. Estas exploraciones por imágenes utilizan materiales radioactivos denominados radiofármacos o radiosondas.

Según el tipo de examen de medicina nuclear, la radiosonda se puede inyectar dentro del cuerpo, ingerir por vía oral o inhalar como gas, y finalmente se acumula en el órgano o área del cuerpo a examinar. Emisiones radioactivas de la radiosonda son detectadas por una cámara especial o aparato para tomar imágenes que produce fotografías y proporciona información molecular detallada. La medicina nuclear asimismo proporciona procedimientos terapéuticos, tales como la terapia de yodo radioactivo (I-131), que utiliza pequeñas cantidades de material radioactivo para tratar cáncer y otros problemas de salud que afectan la glándula tiroides, como así también otros cánceres y condiciones médicas.

En ciertos pacientes pediátricos, la terapia dirigida radioactiva con yodo también se puede utilizar en el cáncer pediátrico denominado Neuroblastoma utilizando I-131 marcado con MIBG (metaiodobenzilguanidina). La radio inmunoterapia es un tratamiento personalizado del cáncer que combina la radioterapia con la capacidad de hacer blanco de la inmunoterapia (un tratamiento que imita la actividad celular del sistema inmune del cuerpo). Los pacientes con linfoma No-Hodgkin que no responden a la quimioterapia podrían ser sometidos a una radio inmunoterapia (RIT) utilizando radiosondas, itrio 90 o yodo 131 unidos a anticuerpos monoclonales.

RESONANCIA MAGNÉTICA:

La resonancia magnética nuclear (RMN) del cuerpo utiliza un poderoso campo magnético, ondas de radio y una computadora para producir fotografías detalladas de las estructuras que están dentro del cuerpo. Se puede usar para ayudar a diagnosticar o monitorear el tratamiento de una variedad de condiciones del pe-

cho, del abdomen y de la pelvis. Durante el embarazo, la RMN se podría utilizar para monitorear de forma segura al bebé.

La RMN emplea un campo magnético potente, pulsadas de radiofrecuencia y una computadora para crear imágenes detalladas de los órganos, tejidos blandos, huesos, y prácticamente el resto de las estructuras internas del cuerpo. La RMN no utiliza radiaciones ionizantes (rayos X) (6).

ECOGRAFÍA:

Es una prueba médica que usa ultrasonidos, que aunque no puedan ser percibidos, los aparatos utilizados componen con ellos imágenes del cuerpo, estas imágenes son estudiadas por un médico especializado que analiza la forma, tamaño y función de los órganos estudiados. Probablemente, la ecografía sea la prueba más inocua e indolora que se realiza para el estudio de enfermedades. Los ultrasonidos utilizados no producen ningún daño a adultos, niños o embriones, la potencia de emisión de los aparatos utilizados, garantiza que no producen daño a la salud (3).

5 Discusión-Conclusión

Los profesionales sanitarios que utilizan radiaciones ionizantes deberían familiarizarse con los efectos de las radiaciones sobre el embrión y el feto.

Todas las prácticas médicas (tanto las ocupacionales como las relacionadas con los pacientes) que involucran exposición a las radiaciones deberían estar justificadas: originar más beneficio que riesgo. Las exposiciones médicas también deberían estar justificadas desde un punto de vista individual.

La evaluación del riesgo y el beneficio es diferente en la exposición médica a mujeres embarazadas. En la mayoría de las exposiciones médicas el riesgo y el beneficio recaen sobre el mismo individuo, en cambio, en la exposición médica en útero coexisten dos entidades diferentes (la madre y el feto) que deben ser tenidas en cuenta.

Debería desaconsejarse toda investigación que haga uso de radiaciones e involucre embarazadas; esto es una máxima; donde el estudio puede perjudicar personas con lo que los estudios son realizados sobre personal que ha sido expuesto a radiaciones de forma accidental.

6 Bibliografía

1. Pellicer, Hidalgo, Perales, Díaz. Obstetricia y Ginecología. Guía de actuación. Editorial Panamericana. 2013.

- 2.Reglamento de instalaciones radioactivas. Curso de operadores de instalaciones radioactivas. Complejo Hospitalario de Navarra. 2017.
- 3.INFORRADIOLOGIA. SERAM: Sociedad Española de Radiología Medica.
- 4.Medicina 21. Ciencia médica, salud y paciente.
- 5.IAEA. Protección Radiológica de los Pacientes. Home Information for Health Professionals Radiotherapy Publications Special Groups Member Area
- 6.RadiologyInfo.org

Capítulo 110

TOMA DE MUESTRA DE SANGRE DE TALÓN IMPREGNADA EN PAPEL PARA LA DETECCIÓN PRECOZ NEONATAL DE ENFERMEDADES CONGÉNITAS ENDOCRINAS Y METABÓLICAS

AMPARO GOMEZ CODINA

ISABEL MARÍA OSSORIO SIMARRO

VERONICA MARTINEZ FRESNEDA

DAVID GÓMEZ GUALDA

CARMEN DIAZ TOBARUELA

1 Introducción

Las enfermedades congénitas, son enfermedades presentes desde el nacimiento. La detección y tratamiento precoz de alguna de ellas mejorará la evolución de ésta.

Las enfermedades incluidas dentro del programa de detección precoz a través de las pruebas del talón, disponen de un tratamiento. Este tratamiento si se de forma precoz, puede reducir o evitar los síntomas y lesiones que se producirían sino se actuase de manera temprana y adecuada.

Es una prueba cuyo objetivo es detectar determinadas enfermedades graves desde el nacimiento, para poder tratarlas de manera precoz y evitar problemas mayores y secuelas, garantizando así una mejor calidad de vida.

Son enfermedades genéticas y metabólicas.

Comúnmente se conoce como “prueba del talón” pero su nombre es Programa de cribado metabólico neonatal, que consiste en un análisis de sangre que se realiza a todos los recién nacidos y en él se pueden detectar 24 enfermedades.

Las enfermedades de las que hablamos son:

- Hipotiroidismo congénito.
- Fibrosis quística.
- Fenilcetonuria.
- Enfermedad de células falciformes.
- Inmunodeficiencia combinada grave.
- 5 trastornos más del metabolismo de los aminoácidos.
- 8 trastornos del metabolismo de los ácidos orgánicos.
- 6 trastornos del metabolismo de los ácidos grasos.

Mediante el cribado también se puede detectar alguna alteración genética en niños sanos que no la desarrollarán pero son portadores.

2 Objetivos

- Explicar la técnica de la toma de muestra de sangre de talón para la detección precoz neonatal de enfermedades congénitas endocrinas y metabólicas.

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

Las principales partes de la realización de esta técnica serían:

PREPARACION:

- 1.- Lavado correcto de manos.

- 2.- Utilizar guantes sin polvo que deben cambiarse tras cada punción.
- 3.- Confirmar la identidad del neonato y comprobar que el formulario está correctamente cumplimentado.

TÉCNICA DE TOMA DE MUESTRA

- 1.- Masajear suavemente el talón.

Se ha descrito que calentar el talón no es efectivo para aumentar el flujo sanguíneo ni reducir el dolor.

- 2.- Colocar la pierna del bebé por debajo del corazón para aumentar la presión venosa.
- 3.- Desinfectar el talón con una gasa impregnada en clorhexidina acuosa al 2% o alcohol de 70°.
- 4.- Dejar secar al aire.
- 5.- La punción debe realizar una de las dos zonas laterales del talón, no en el centro.
- 6.- El dispositivo adecuado para la punción es el proporcionado en el sobre oficial. Practica una incisión que penetra en el lecho capilar respetando la innervación del tejido.
- 7.- Secar bien la primera gota de sangre con gasa estéril, puesto que contiene fluidos tisulares que pueden diluir la muestra.
- 8.- Esperar que se forme una gota grande de sangre.
- 9.- Presionar y relajar intermitentemente la zona de punción sin acercar la mano a ésta.
- 10.- Rellenar bien cada círculo impreso con una única gota y solo por la cara impresa. Tiene que traspasar el papel.
- 11.- Una vez finalizada la muestra, elevar el pie de bebé y hacer una breve presión con gasa estéril para que se detenga el sangrado. No poner apósitos.
- 12.- Desechar todos los materiales utilizados en los contenedores adecuados.
- 13.- Dejar que la muestra de sangre se seque completamente al aire, colocada de manera horizontal y en una superficie no absorbente durante 3 horas, como mínimo, a temperatura ambiente y protegida de luz directa.

Si el resultado de la prueba del talón es negativo quiere decir que no se ha detectado la presencia de las enfermedades que analiza esta prueba.

Este resultado se comunica, habitualmente, mediante una carta que se envía al domicilio de los padres.

Si el resultado de la prueba del talón positiva significa que se ha detectado la posibilidad de que haya alguna de las enfermedades que analiza esta prueba.

Normalmente, la manera de notificar a los padres este resultado es con una llamada de teléfono en la que el profesional sanitario explica a los padres que es

necesario confirmar los resultados y así poder llevar a cabo las medidas correctas.

5 Discusión-Conclusión

Es importante saber que la prueba de cribado de la detección precoz neonatal de enfermedades congénitas endocrinas y metabólicas no sirven para diagnosticar una enfermedad, sino para detectar la probabilidad de que bebé sano tenga alguna de las patologías concretas que analiza la prueba.

Es importante saber que la prueba de cribado de la detección precoz neonatal de enfermedades congénitas endocrinas y metabólicas no sirven para diagnosticar una enfermedad, sino para detectar la probabilidad de que bebé sano tenga alguna de las patologías concretas que analiza la prueba.

La genética desempeña un papel fundamental en el desarrollo de patologías en el recién nacido.

Por ello es fundamental la realización de la toma de muestra de sangre de talón para la detección precoz neonatal de enfermedades congénitas endocrinas y metabólicas, para así poder iniciar un tratamiento de manera precoz y evitar o reducir los síntomas y lesiones que se producirían sino se actuase de manera temprana y adecuada.

6 Bibliografía

- 1.- Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social. Programas de Cribado neonatal de enfermedades endocrino-metabólicas. Acceso el 15 de enero de 2019. <http://www.mscbs.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/cribadoNeonatal.htm>
- 2.- Página oficial de la Consejería de Sanidad de Castilla la Mancha, <https://sanidad.castillalamancha.es/profesionales/deteccion-precoz-metabolopatias>.

Capítulo 111

CUIDADOS AL ALTA DEL PACIENTE INTERVENIDO DE FRACTURA SUBCAPITAL DE CADERA

JORGE JUBERA SÁENZ

SARA LEÓN PÉREZ

1 Introducción

En la actualidad, la población cada vez vive más años y con mejor calidad de vida; es por ello que nos encontraremos con más frecuencia problemas propios de personas con edad avanzada.

La pérdida de masa ósea, las fracturas y las caídas son algunos de los múltiples problemas que nos encontraremos.

Las caídas son sucesos involuntarios que hacen perder el equilibrio y dar con el cuerpo en el suelo o en otra superficie firme que lo detenga. Son la segunda causa mundial de muerte por traumatismo involuntario, por lo que las estrategias en prevención deben ir encaminadas en la educación, la capacitación, la creación de entornos seguros, la priorización de la investigación relacionada con las caídas y el establecimiento de políticas eficaces para reducir los riesgos.

Las fracturas típicas en el anciano suelen ser las de muñeca, húmero, vertebral y de fémur.

Las fracturas de fémur, más conocidas como “de cadera” son de gran trascendencia, no sólo por su incapacidad sino por el dolor que producen. Son tres veces más frecuentes en las mujeres que en los hombres y además son predictores de

mortalidad, pues entre un 15% y un 35% de los paciente con fractura de cadera fallecerá en el primer año tras la fractura.

Existen varios tipos de fractura en función de su localización.

- Fractura subcapital (por debajo de la cabeza del fémur).
- Fractura del cuello del fémur.
- Fractura trocantérea (a nivel del trocánter)
- Fractura subtrocantérea (por debajo del trocánter).

Las fracturas de cadera generalmente requieren reparación quirúrgica. El tipo de cirugía depende de la localización de la fractura y pueden ser:

- Fijar la fractura con tornillos, uniendo entre sí las partes separadas por la fractura.
- Colocar un clavo en la medular del hueso que permita unir los dos fragmentos separados por la fractura.
- Colocar una prótesis metálica que sustituya a la cabeza y/o al cuello del fémur que esté roto. Denominado reemplazo parcial de cadera.
- Colocar una prótesis metálica que incluya la cabeza y el cuello del fémur y un acetábulo nuevo. Denominado reemplazo total de cadera.

El informe de cuidados de enfermería al alta hospitalaria posibilita la coordinación entre la Asistencia Especializada y la Atención Primaria. Una adecuada elaboración, entrega y explicación del mismo, supondrá una mejora en la calidad de cuidados asistenciales.

2 Objetivos

Exponer los cuidados al alta del paciente intervenido de fractura subcapital de cadera a propósito de un caso

3 Caso clínico

Antonia tiene 83 años y es viuda desde hace cuatro. Vive sola en su domicilio, pero tiene gran apoyo familiar y sociosanitario. Sus hijas acuden todas las tardes para dar un paseo y en las mañanas acude una cuidadora a realizarle las labores de la casa y a ayudarle en lo que necesite. Es independiente para las actividades básicas de la vida diaria .

En la mañana del 4 de noviembre, cuando la cuidadora acude al domicilio se la encuentra caída en el pasillo. Le indica que ha ido al servicio y que sin venir

a cuento se ha caído al suelo y no puede levantarse, refiere intenso dolor en la cadera derecha con acortamiento y rotación externa de la extremidad.

Es derivada por 112 al Servicio de Urgencias de su hospital de referencia. Tras realizarle la anamnesis y las pruebas radiológicas, se confirma la fractura subcapital de cadera derecha.

Antonia es intervenida de urgencia por el Servicio de Traumatología y Cirugía Ortopédica, realizándole mediante anestesia intradural y sedación un reemplazo parcial de cadera.

A su llegada a planta, se objetiva drenaje aspirativo tipo redón con contenido hemático y apósito almohadillado de silicona absorbente.

Al día siguiente de la intervención se levanta al sillón y camina unos pasos con ayuda de un andador. Se realiza interconsulta al Servicio de Rehabilitación, realizando el fisioterapeuta junto a la familia y la cuidadora sesiones diarias en la habitación. Permanece ingresada 5 días en la planta de Traumatología con evolución favorable.

Al alta presenta herida quirúrgica en cadera derecha con buen aspecto, sin signos de infección. Se realiza primera cura, se retira drenaje y se coloca apósito de gasa. Queda pendiente retirar agrafes cutáneos a los 15 días de la intervención y realizar cura por parte de la enfermera del centro de salud cada 48 horas, excepto si fuera necesario por manchado de apósito o pérdida del mismo.

En el informe de cuidados de enfermería al alta, además de las indicaciones del cuidado de la herida quirúrgica aparecen otras relacionadas con la movilidad y las posiciones para evitar la luxación de la cadera:

- No mojar la herida quirúrgica.
- Vigilar signos de infección de la herida quirúrgica (exudado, enrojecimiento, inflamación, fiebre).
- Vigilar signos de luxación: dolor agudo y deformidad.
- Dar paseos cortos y seguir con la rutina de ejercicios indicados por el fisioterapeuta.
- Utilizar un sillón con asiento alto, respaldo y apoya-brazos, no sentarse en taburetes.
- Nunca cruzar las piernas.
- No flexionar la cadera más de 90°, no inclinarse hacia delante cuando esté sentado, ni levantar la rodilla hacia el pecho.
- Quitar alfombras para evitar caídas.
- No caminar descalzo, en calcetines o con chanclas, utilice zapatillas cerradas y

bien sujetas.

- Poner un suplemento en el wc en caso de que sea excesivamente bajo.
- Utilice alfombras antideslizantes en la bañera/ducha.
- Coloque barras para poder sujetarse en la ducha y junto al inodoro.
- Emplee dispositivos de apoyo si los necesita.

4 Discusión-Conclusión

La realización y cumplimentación detallada del informe de cuidados de enfermería al alta hospitalaria implica tiempo y esfuerzo. El empleo de terminología sencilla facilita la comprensión de las técnicas y cuidados realizados durante el ingreso hospitalario. La educación sanitaria plasmada en el informe de cuidados, disminuye numerosas dudas en pacientes y familiares, así como consultas innecesarias a profesionales sanitarios.

El acceso desde Atención Primaria a la Historia Clínica informatizada de Atención Especializada (evoluciones de enfermería, información sobre curas, drenajes..., protocolo quirúrgico e informes de alta) es clave para poder llevar a cabo la continuidad de dichos cuidados.

La elección de este caso clínico se ha producido por el elevado número de personas ancianas que llegan hasta nuestro Servicio de Urgencias con fracturas de cadera. Además muchas de las atenciones que realizamos se producen por dudas y complicaciones postoperatorias, es por ello que las estrategias en prevención deben ir encaminadas en la educación, la capacitación, la creación de entornos seguros, la priorización de la investigación relacionada con las caídas y el establecimiento de políticas eficaces para reducir los riesgos.

5 Bibliografía

1. Caídas. WHO | World Health Organization. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/falls>
2. Fractura de cadera: causas, síntomas y tratamiento. Redacción Médica. <https://www.redaccionmedica.com/recursos-salud/diccionario-enfermedades/fractura-cadera>

Capítulo 112

ENFOQUES NO FARMACOLÓGICOS EN EL TRATAMIENTO DE LA DEMENCIA

ANA MARÍA ALVAREZ FUEYO

LAURA GARCIA MARTINEZ

1 Introducción

La demencia es un término que describe los trastornos que causan un deterioro cognitivo capaz de afectar significativamente el estado funcional. La demencia también conduce a graves consecuencias sociales: disminución de la calidad de vida y el bienestar, aumento de la carga familiar y la demanda de atención médica y la utilización a largo plazo de los centros de atención que generan impactos muy significativos en la demanda de servicios de atención médica y en consecuencia, en los costes. Los síntomas de la demencia se agrupan en tres categorías principales: aspectos cognitivos, aspectos funcionales y síntomas neuropsiquiátricos .

La demencia es una enfermedad caracterizada por un deterioro cognitivo que involucra uno o más dominios cognitivos (memoria y aprendizaje, función ejecutiva, lenguaje, atención compleja, perceptivo-motor, cognición social, etc.) . Los déficits deben corresponder a una disminución del nivel anterior de función y pueden ser lo suficientemente graves como para interferir con las funciones diarias y la independencia. El deterioro de la memoria es uno de los principales problemas cognitivos que contribuyen a la incapacidad de vivir de forma independiente. En las primeras etapas de la enfermedad de Alzheimer (EA) el deterioro cognitivo, limita los procesos de memoria y reduce la autonomía de las

personas mayores para realizar actividades diarias más complejas y, al mismo tiempo, provoca un deterioro del control emocional, el comportamiento social y la motivación.

Los aspectos funcionales se pueden describir en dos grandes clases: actividades básicas de la vida diaria o ABVD y actividades instrumentales de la vida diaria o AIVD . Las ABVD son tareas físicas esenciales para mantener la independencia e incluyen la capacidad de ir al baño, alimentarse, vestirse, arreglarse, bañarse y deambular. Las AIVD son actividades más exigentes desde el punto de vista cognitivo e incluyen la capacidad de usar con éxito el teléfono, comprar, preparar alimentos, hacer las tareas del hogar y lavar la ropa, administrar medicamentos y finanzas y usar el transporte fuera del hogar. En la etapa temprana de la demencia, la mayoría de los pacientes son independientes para las ABVD, pero comienzan a necesitar ayuda con algunas AIVD. En la fase moderada, la cocina, las tareas domésticas y las compras requieren asistencia directa, y las ABVD ayuda para la realización con seguridad. Además, la presencia de síntomas neuropsiquiátricos podrían aumentar la ira, la frustración y la dificultad para comunicar las necesidades. A medida que la demencia entra en la etapa grave, la independencia se pierde progresivamente y los cuidadores deben ofrecer una atención directa constante con la mayoría, si no con todas, las ABVD .

Los síntomas neuropsiquiátricos son características comunes de la enfermedad de Alzheimer y son uno de los principales factores de riesgo para la institucionalización . Estos síntomas pueden estar correlacionado con la EA independientemente de la gravedad del deterioro cognitivo o surgir en el curso de la enfermedad y ser una causa importante de un deterioro cognitivo más rápido . Se encontró que más del 80% de los pacientes con EA tenían síntomas neuropsiquiátricos en la historia de la enfermedad . Se identificaron cuatro síndromes neuropsiquiátricos separados: hiperactivo, psicótico, afectivo y apático. En particular, se define como síndrome hiperactivo la agitación, la euforia, la desinhibición, la irritabilidad y la conducta motora aberrante; delirios, alucinaciones y trastornos nocturnos como síndrome psicótico; depresión y ansiedad como síndrome afectivo, y apatía y alteraciones de la alimentación como síndrome apático.

Actualmente, no existe una cura eficaz que modifique la enfermedad y el tratamiento se dirige principalmente a controlar los síntomas de la demencia.

La eficacia limitada de la terapia farmacológica y la plasticidad del cerebro humano son las dos razones más importantes que explican el creciente interés en la intervención no farmacológica para pacientes con demencia.

Se han propuesto varios tratamientos no farmacológicos dirigidos a aspectos cognitivos, funcionales y neuropsiquiátricos para pacientes con demencia .

2 Objetivos

-Describir los tratamientos no farmacológicos más utilizados para la demencia de acuerdo con las recomendaciones de mejores prácticas en la literatura de investigación y los estándares para la notificación de estudios de precisión diagnóstica de demencia.

3 Metodología

Se realizó una revisión narrativa utilizando datos cualitativos y recomendaciones de mejores prácticas en la literatura de investigación . Las búsquedas se realizaron en las bases de datos MEDLINE, PubMed, EMBASE, CINAHL y PsycINFO.

Las consultas de búsqueda incluyeron "demencia", "tratamiento no farmacológico" y "rehabilitación cognitiva", Y los operadores booleanos "And" y "Or".

4 Resultados

INTERVENCIONES COGNITIVA ORIENTADAS A LA EMOCIÓN

El enfoque de atención cognitiva y orientada a las emociones busca mejorar el funcionamiento cognitivo, emocional y social mediante el apoyo a los pacientes con demencia. Los tratamientos comúnmente utilizados son la terapia de reminiscencia, la terapia de orientación a la realidad y la terapia de validación.

- TERAPIA DE REMINISCENCIA

La terapia de reminiscencia es una intervención común y ampliamente difundida en el cuidado de la demencia. Las personas con demencia a menudo se sienten frustradas con sus limitaciones de memoria a corto plazo. Pero, al centrarse en las cosas que pueden recordar, la terapia de reminiscencia puede ayudar a las personas con Alzheimer a tener una sensación de dominio sobre su memoria y sus habilidades cognitivas.

- TERAPIA DE ORIENTACIÓN A LA REALIDAD

La Orientación a la Realidad es un método para reducir la confusión, la desorientación, la pérdida de memoria y los problemas de comportamiento al brindarles a los pacientes diferentes señales ambientales para que puedan dominar la información importante, como el tiempo, la persona y el lugar.

- TERAPIA DE VALIDACIÓN

La terapia de validación se desarrolló para abordar las deficiencias de otros enfoques, como la orientación a la realidad, en el abordaje de pacientes con demencia más avanzada. Esta terapia fue el resultado de un intento de brindar soluciones prácticas a las dificultades experimentadas por pacientes y cuidadores.

Las características importantes de la terapia de validación incluyen: medios para clasificar comportamientos, provisión de técnicas sencillas y prácticas que ayuden a restaurar la dignidad, provisión de un oyente empático, respeto y empatía por los adultos mayores con demencia y aceptación de la realidad de la persona. La forma en que se aplican estas reglas para proporcionar intervenciones específicas depende de la gravedad de la demencia y los síntomas: mala orientación, confusión de tiempo, movimiento repetitivo... Cada etapa se reconoce a través de características cognitivas y conductuales definidas, y las intervenciones de la terapia abordan las diversas características que muestran las personas con demencia según el estadio en que se encuentren.

INTERVENCIONES DE ESTIMULACIÓN SENSORIAL

La estimulación sensorial y la estimulación multisensorial se refieren a una variedad de técnicas utilizadas para estimular los sentidos con el fin de aumentar el estado de alerta y reducir la agitación. La estimulación sensorial incluye estimulación auditiva, visual, olfativa, táctil, gustativa y cinestésica. Varios estudios examinaron intervenciones sensoriales y multisensoriales. En este capítulo, se identificaron siete tipos de terapia:

. -Terapia artística

La arteterapia es el uso terapéutico de la creación artística. Se ha sugerido como tratamiento para personas con demencia, ya que tiene el potencial de proporcionar una estimulación significativa, mejorar la interacción social y los niveles de autoestima. Se piensa que actividades como el dibujo y la pintura brindan a las personas la oportunidad de expresarse y la posibilidad de ejercer diferentes opciones en cuanto a los colores y los temas de sus creaciones.

-Terapia musical

La musicoterapia se define como el uso clínico y basado en la evidencia de intervenciones musicales para lograr objetivos individualizados dentro de una relación terapéutica por parte de un profesional acreditado. Es una actividad orientada a un objetivo y con un propósito en la que los terapeutas trabajan con individuos o grupos, utilizando la expresión musical y los recuerdos, sentimien-

tos y sensaciones que evoca .

-Terapia ocupacional

El enfoque principal de la terapia ocupacional es mejorar la capacidad de los pacientes para realizar actividades de la vida diaria, promover la independencia, reducir la carga del cuidador y en última instancia, mejorar la calidad de vida. Los terapeutas ocupacionales ayudan a las personas con la enfermedad de Alzheimer a crear una alta calidad de vida a través de estrategias de intervención específicas. Se centran en maximizar la participación en las actividades, crear entornos seguros, mejorar la competencia del adulto y la sensación de bienestar emocional, simplificar las tareas y mantener las habilidades existentes durante el mayor tiempo posible.

-Aromaterapia

La aromaterapia es la de más rápido crecimiento de todas las terapias complementarias en términos de interés público . Ayuda a la interacción mientras proporciona una experiencia sensorial. La aromaterapia parece tener varias ventajas sobre los tratamientos farmacológicos utilizados para la demencia . Parece ser bien tolerado en comparación con la medicación sedante o neuroléptica . Los dos aceites esenciales que se utilizan en la aromaterapia para los pacientes con demencia se extraen del bálsamo de Lavanda y Melissa y se pueden administrar en numerosos métodos, como baño, inhalación, masaje y aplicación tópica en crema . Ensayos controlados recientes mostraron reducciones significativas en la agitación, con excelente cumplimiento y tolerabilidad .

-Terapia de luz brillante

La terapia de luz brillante (BLT, por sus siglas en inglés) consiste en la exposición a la luz del día o a longitudes de onda de luz específicas utilizando luz polarizada policromática, láser, diodos emisores de luz, lámparas de fluorescencia, lámparas dicróicas o luz muy brillante de espectro completo. Cuatro estudios revisados probaron el efecto de BLT en los síntomas conductuales . Dos estudios compararon el efecto de BLT matutino y BLT vespertino/nocturno con luz normal . Otros estudios compararon un solo tipo de BLT con la luz habitual y no se encontraron diferencias entre la mañana y la tarde. Se encontraron pruebas limitadas de reducción de la agitación y la agresión entre los que recibieron BLT .

-Terapia de actividad

La terapia de actividad implica actividades recreativas como la danza, el deporte y el teatro. Se encontró que el ejercicio físico puede tener beneficios para la salud de los pacientes con demencia, reduciendo el número de caídas y mejorando la

salud mental, el sueño y el estado de ánimo . Además, se encontró que el ejercicio diurno ayudó a disminuir la agitación diurna y la inquietud nocturna .

-Estimulación multisensorial Snoezelen

Snoezelen es un entorno multisensorial para la implementación de varias herramientas sensoriales. Ofrece estímulos sensoriales a los sentidos primarios del oído, el tacto, la vista, el olfato y el gusto mediante el uso de música, el olor de aceites esenciales, efectos de iluminación y superficies táctiles . Varios estudios definen el enfoque de snoezelen como una terapia de apoyo para los pacientes con demencia . Los objetivos de dicha terapia son promover conductas positivas y reducir las conductas desadaptativas .

Durante la última década, la aplicación clínica de Snoezelen se ha extendido desde el campo de la discapacidad de aprendizaje hasta el cuidado de la demencia. Su uso reside en proporcionar un entorno sensorial que aproveche las capacidades sensoriomotoras residuales de los pacientes con demencia. Además, se obtuvieron resultados alentadores en el área de la promoción de conductas adaptativas .

OTRAS INTERVENCIONES

-Terapia conductual

Tradicionalmente, la terapia conductual se ha basado en los principios de la teoría del condicionamiento y el aprendizaje utilizando estrategias destinadas a suprimir o eliminar las conductas desafiantes. Más recientemente, las metodologías de programación positiva han utilizado métodos para ayudar a desarrollar comportamientos más funcionales. Moniz-Cook sugiere que el análisis del comportamiento es a menudo el punto de partida de la mayoría de las otras formas de intervención terapéutica en esta área y puede ser totalmente coherente con la atención centrada en la persona. La terapia conductual requiere un período de evaluación detallada en el que se observan los factores desencadenantes, los comportamientos y los reforzadores y se aclaran sus relaciones para el paciente. Los terapeutas utilizan un gráfico o un diario para recopilar información sobre los síntomas conductuales y las intervenciones se basan en un análisis de estos hallazgos.

Para Emerson, la planificación de una intervención debe centrarse en tres características clave: identificar las preferencias del individuo; cambiar el contexto en el que ocurre el comportamiento; y el uso de estrategias de refuerzo y programas que reducen el comportamiento .

Algunos estudios demostraron la eficacia del comportamiento en el contexto de

la demencia . Existe alguna evidencia de reducciones exitosas en la deambulaci3n, la incontinencia y otras formas de comportamientos estereot3picos .

-Terapia asistida por animales

La terapia asistida por animales generalmente implica la interacci3n entre un paciente y un animal entrenado, facilitada por un manipulador humano, con un objetivo terap3utico como proporcionar relajaci3n y placer, o incorporar actividades en la fisioterapia o la rehabilitaci3n. El efecto terap3utico ha sido descrito por Baun y McCabe con referencia a la etapa de demencia y el efecto positivo en los cuidadores .

-Terapia de adaptaci3n domiciliaria

Las modificaciones en el hogar para pacientes con demencia deben promover la seguridad del paciente y la tranquilidad del cuidador. Las modificaciones permiten que los pacientes con demencia reciban atenci3n continua en el entorno menos restrictivo posible y pueden implementarse seg3n surja la necesidad . Las modificaciones en el hogar para los pacientes con demencia se asocian con una mayor eficacia de los cuidadores y menos malestar por parte de los cuidadores .

-Tecnolog3as de asistencia

En los 3ltimos a3os, ha habido innovaciones significativas en la aplicaci3n de tecnolog3as de asistencia para apoyar la atenci3n m3dica de los pacientes con demencia. Estas tecnolog3as pueden ser utilizadas por los pacientes con demencia, por los cuidadores, y pueden ejecutarse autom3ticamente (la llamada "inteligencia ambiental") .

Las aplicaciones de las tecnolog3as de asistencia tienen el potencial de apoyar el envejecimiento en el lugar de los pacientes con demencia, y van desde informaci3n basada en Internet y grupos de apoyo, hasta compa3eros rob3ticos que incluyen tambi3n el uso de tel3fonos inteligentes para informar s3ntomas .

Varios estudios describen las respuestas de los cuidadores y los pacientes con demencia a la tecnolog3a . En general, el objetivo de esta terapia es permitir que las personas sigan siendo m3s independientes y residan en casa de forma segura . En este sentido, se encontr3 que involucrar a los pacientes con demencia en el proceso de desarrollo de aplicaciones tecnol3gicas mejor3 la usabilidad y la aceptabilidad y contribuy3 a una sensaci3n de empoderamiento .

5 Discusión-Conclusión

Se han hecho grandes esfuerzos para desarrollar estrategias para mejorar la calidad de vida de los pacientes con demencia. Una característica compartida es la necesidad de trabajar con sistemas (familias, carreras profesionales, organizaciones, etc.) . El personal de atención y las familias son regularmente parte integral de las estrategias de tratamiento y son esenciales para obtener información confiable y construir intervenciones apropiadas . Es evidente, por tanto, que la formación de los cuidadores (tanto profesionales como familiares) es una parte importante de la mayoría de los programas de tratamiento. Un estudio sugirió que las intervenciones más comunes para los síntomas psicológicos y conductuales de la demencia no eran necesariamente terapias específicas, sino trabajar con los cuidadores para cambiar las actitudes y el comportamiento de las personas a su cargo . El campo de la atención de la demencia está creciendo, con un número cada vez mayor de artículos sobre intervenciones psicosociales . Sin embargo, existe una limitación fundamental dentro de la literatura actual que claramente requiere ser abordada. Un plan de atención centrado en intervenciones no farmacológicas se considera la mejor práctica como tratamiento de primera línea de la mayoría de las demencias. Estas terapias pueden mejorar significativamente la calidad de vida y la satisfacción de los pacientes con demencia y sus cuidadores.

6 Bibliografía

- Organización Mundial de la Salud. Demencia: una prioridad de salud pública, 2012. Disponible en:http://whqlibdoc.who.int/publications/2012/9789241564458_eng.pdf. Consultado el 31 de mayo de 2015.
- Cummings JL. enfermedad de alzhéimer N Engl J Med. 2004;351:56–67.
- Schultz R, Williamson GH. Un estudio longitudinal de 2 años sobre la depresión entre los cuidadores de personas con Alzheimer. Envejecimiento Psicológico. 1991;6:569–578.
- Seelye A, Schmitter-Edgecombe M, Das B, Cook DJ. Aplicación de la teoría de la rehabilitación cognitiva al desarrollo de tecnologías de estimulación inteligente. IEEE Rev Biomed Ing. 2012;5:29–44.
- Asociación Americana de Psiquiatría. Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-5), 5ª ed. Arlington: Asociación Estadounidense de Psiquiatría, 2013.

- Grady C, Craik F. Cambios en el procesamiento de la memoria con la edad. *Curr Opinión Neurobiol.* 2000;10(2):224–231.
- Schmitter EM, Woo E. Caracterización de múltiples déficits de memoria y su relación con el funcionamiento cotidiano en personas con deterioro cognitivo leve. *Neuropsicología.* 2009;23(2):168–177.
- Katz S, Downs TD, Cash HR, Grotz RC. Avances en el desarrollo de un índice de AVD. *gerontólogo.* 1970;10:20–30.
- Lawton MP, Brody EM. Evaluación de las personas mayores: actividades instrumentales y de automantenimiento de la vida diaria. *gerontólogo.* 1969;9:179–186.
- Wattmo C, Wallin AK, Minthon L. Progresión de la enfermedad de Alzheimer leve: conocimiento y modelos de predicción necesarios para futuras estrategias de tratamiento. *Res Ther de la enfermedad de Alzheimer.* 2013;5:44.
- NowrangiMETROA, Lyketsos CG, Rosenberg PB. Principios y manejo de los síntomas neuropsiquiátricos en la demencia de Alzheimer. *Res Ther de la enfermedad de Alzheimer.* 2015;7:12.
- Fraga FJ, Falk TH, Kanda PAM, Anghinah R. Caracterización de la gravedad de la enfermedad de Alzheimer a través del análisis de modulación de amplitud EEG en reposo y despierto. *Más uno.* 2013;8(8): e72240.
- Futrell M, Melillo KD, Remington R, Schoenfelder DP. Errante. *J Gerontol Enfermeras.* 2010;36(2):6–16.
- Eshkoor SA, Hamid TA, Nudin SSH, Mun CY. Una investigación sobre el estado funcional, las condiciones ambientales y el riesgo de caídas en la demencia. *Int J Enfermedad de Alzheimer.* 2014;2014:6.
- 16. 17.Volicer L, van der Steen JT. Medidas de resultado para la demencia en la etapa avanzada y al final de la vida. *Adv Geriatr.* 2014;2014:10.
- Mega MS, Cummings JL, Fiorello T, Gornbein J. El espectro de cambios de comportamiento en la enfermedad de Alzheimer. *Neurología.* 1996;46:130–135.
- Acevedo A, Loewenstein DA. Intervenciones cognitivas no farmacológicas en el envejecimiento y la demencia. *J Geriatr Psiquiatría Neurol.* 2007;20:239–249.
- Camargo CH, Justus FF, Retzlaff G. La efectividad de la orientación a la realidad en el tratamiento de la enfermedad de Alzheimer. *Am J Alzheimers Dis Otro Demen.* 2015;30(5):527–532.
- Aguirre E, Woods RT, Spector A, Orrell M. Estimulación cognitiva para la demencia: una revisión sistemática de la evidencia de efectividad de ensayos controlados aleatorios. *Envejecimiento Res Rev.* 2013;12(1):253–262.
- .Spector A, Orrell M, Woods B. Terapia de estimulación cognitiva (CST): efectos en diferentes áreas de la función cognitiva para personas con demencia. *Int J Geriatr Psiquiatría.* 2010;25(12):1253–1258.

-Spector A, Davies S, Bob Woods, Orrell M. Orientación a la realidad para la demencia: una revisión sistemática de la evidencia de efectividad de ensayos controlados aleatorios. *gerontólogo*. 2000;40(2):206–212.

Capítulo 113

TRASTORNOS DEL SUEÑO EN LA INFANCIA: DIFERENCIACIÓN ENTRE TERRORES NOCTURNOS Y PESADILLAS

BARBARA GARCÍA ALVAREZ

1 Introducción

Los trastornos del sueño en la edad pediátrica son muy frecuentes y pueden ocasionar alteraciones importantes en los niños, sus familias y su entorno. Estos constituyen un problema de salud pública por su alta prevalencia.

El sueño es un estado fisiológico activo, cuya ausencia o alteración produce efectos adversos significativos. La alta prevalencia de los trastornos de este en la infancia, constituye un tema importante en la atención a la población infantil. No únicamente por el incremento de estas alteraciones en los últimos años, sino también por las diversas consecuencias que producen en el correcto desarrollo, mantenimiento de la salud y las repercusiones que pueden presentarse en la edad adulta. Es importante señalar que la infancia es una etapa crucial para marcar tendencias en el bienestar futuro, en la medida en que se adquieren los hábitos fundamentales del autocuidado en salud y particularmente, en relación con la higiene del sueño.

Por último, destacar la importancia de hacer un buen diagnóstico diferencial, puesto que hay varios trastornos del sueño que pueden llegar a confundirse. Dos

de estos trastornos, muy prevalentes en la infancia, son los terrores nocturnos y las pesadillas, los cuales cursan con características muy similares.

Desde el papel de la enfermera de Atención Primaria es importante detectar este tipo de trastornos y contribuir a solucionarlos.

2 Objetivos

- Conocer la importancia del sueño en la edad pediátrica.
- Diferenciar cuando nos encontramos con un niño que padece terrores nocturnos o pesadillas.

3 Metodología

Para realizar esta búsqueda bibliográfica se han utilizado artículos encontrados en diferentes bases de datos como PubMed, SciELO, Embase, Biblioteca Cochrane y Dialnet. Además, se han consultado páginas webs como las de la revista de la Asociación Española de pediatría, Anales de Pediatría y la revista española de pediatría clínica e investigación.

Para ello hemos usado diferentes DeCs y MeSH relacionados con el tema. Combinando todos los términos anteriores con los booleanos AND, NOT y OR. Siendo el booleano “and” el más utilizado en las búsquedas.

4 Resultados

En esta revisión bibliográfica, nos hemos centrado en la importancia de saber diferenciar dos de los trastornos del sueño más comunes en la infancia, para así, realizar un correcto diagnóstico.

Los terrores nocturnos se caracterizan por un despertar brusco en el sueño profundo, durante el primer tercio de la noche, acompañados de una respuesta autonómica y conductual de intenso miedo. El niño se muestra muy agitado, asustado y confuso, gritando o llorando, con síntomas autonómicos (hiperventilación, taquicardia, sudoración y midriasis), y puede existir un trastorno deambulacion e incluso puede llegar a lesionarse. El episodio dura unos minutos y termina de manera espontánea con el niño volviéndose a dormir. Al igual que en el sonambulismo, el niño no responde a estímulos externos y no suele recordar el episodio.

La edad de inicio de estos suele estar entre los 4 y 12 años, son más comunes en niños que en niñas y suelen resolverse espontáneamente. Es importante realizar el diagnóstico diferencial con crisis epilépticas durante el sueño y con episodios de apnea del sueño.

Existen algunos factores que pueden desencadenar estos episodios, como son el sueño insuficiente, horarios de sueño irregulares, otros trastornos del sueño, fiebre u otra enfermedad, algunos fármacos, dormir con la vejiga llena o estrés.

Las pesadillas son ensoñaciones largas, elaboradas, complejas, con aumento progresivo de sensación de terror, miedo o ansiedad. Típicamente el niño se despierta asustado y totalmente alerta y describe con detalle que ha tenido un sueño muy angustioso y aterrador. La diferencia con los terrores nocturnos, es que en estos, el niño no recuerda el contenido del sueño, mientras que en las pesadillas ocurre lo contrario, lo recuerda todo.

Se desconoce qué es lo que lo provoca, pero sí existen factores que pueden estar relacionados como el estrés, episodios traumáticos, sueño insuficiente y algunos fármacos.

5 Discusión-Conclusión

Los documentos revisados coinciden en que los trastornos del sueño en la edad pediátrica, constituyen un importante problema de salud por su alta prevalencia y por el impacto negativo de tales alteraciones en la calidad de vida de la población y particularmente en la de niños y adolescentes que las padecen y sus familias.

A pesar de su prevalencia, no están todavía debidamente tratados. Desde la propia asociación española de pediatría se resalta la necesidad de más estudios sobre el diagnóstico de los diferentes tipos de trastornos del sueño, que ayuden a establecer las características diferenciales entre los mismos y faciliten así la labor de la enfermera en su diagnóstico. De esta forma conseguiremos realizar el tratamiento más correcto, así como disminuir la ansiedad del entorno del paciente.

6 Bibliografía

Sánchez-Carpintero Abad R. Trastornos del sueño en la niñez [Monografía en Internet]. Pamplona: Asociación Española de Pediatría; 2008 [Acceso 26

Dic 2016]. Disponible en: <http://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/34-sueno.pdf>

Dormir bien [Sede Web]. Valencia: Instituto de Medicina del sueño; 2014 [Acceso 23 Dic 2016]. Es sueño crucial en la infancia. Disponible en: <http://www.dormirbien.info/el-sueno-crucial-en-la-infancia/>

Barredo Valderrama E, Miranda Herrero C. Trastornos del sueño en la infancia. Clasificación, diagnóstico y tratamiento. Rev An Pediatr [Internet 10 Nov 2016]. 2014 [Acceso]; 12(4): 175-182. Disponible en: <https://www.clinicalkey.es#!/content/journal/1-s2.0-S169628181470188X>

Capítulo 114

TÉCNICA DE ENFERMERÍA EN LA COLOCACIÓN DE SONDAJE VESICAL EN ATENCIÓN HOSPITALARIA

BELÉN GONZÁLEZ CARO

CRISTINA GALLEGO TIRADO

CELIA LEÓN OLMEDO

ONEIDA DE LA CRUZ JIMENEZ

ALEJANDRA ATIÉNZAR PÉREZ

1 Introducción

Una sonda vesical es un tubo muy fino utilizado para ayudar en la expulsión de la orina. La sonda debe introducirse en la uretra para llegar a la vejiga y permitir así un continuo drenaje de la orina.

Esta indicada en casos de retención urinaria aguda o crónica, si se necesita una evaluación precisa de la diuresis como por ejemplo en pacientes inestables hemodinámicamente o en pacientes que no colaboran, si existe hematuria con trombos en la vejiga, toma de muestras de orina para su posterior análisis, lesiones por presión u otras heridas, después de traumatismos, incontinencia urinaria, etc. Sin embargo, está contraindicada en pacientes con prostatitis aguda, estenosis significativa de la uretra y en ruptura de la uretra.

Existen tres tipos principales de sondas:

- Sondas uretrales permanentes: este tipo de sonda puede usarse durante un corto periodo de tiempo o durante mucho tiempo. Para recopilar la orina, debemos de fijar la sonda a una bolsa de drenaje. Podemos pegar la sonda a la pierna del paciente para que esta no quede tirante. Permite así llevarla por debajo de la ropa del paciente.
- Sonda condón: pueden utilizarse en hombres con incontinencia. No se coloca una sonda dentro del pene sino que se coloca un dispositivo similar a un condón sobre este. La sonda va desde este dispositivo a una bolsa de drenaje y este dispositivo debe de cambiarse todos los días.
- Sondas intermitentes: se utilizan cuando solo es necesario utilizarla en una ocasión determinada o si no se desea utilizar una bolsa. Se introduce la sonda para drenar la vejiga y a continuación se retira. Puede realizarse una o varias veces al día.

2 Objetivos

Describir la técnica de enfermería en la colocación de sondaje vesical en el ámbito hospitalario

3 Metodología

Los buscadores científicos consultados para la realización de este trabajo han sido Scielo, Pubmed y Google académico. Basándose en el tema elegido se han realizado búsquedas avanzadas en base a varias palabras clave como “ENFERMERÍA”, “SONDAJE”, “VESICAL”, “ATENCIÓN HOSPITALARIA” y utilizando el operador booleano “AND”. Como criterios de inclusión se han utilizado el idioma “español” y fecha de publicación actual. Por tanto, las fuentes de datos utilizadas para este trabajo son artículos científicos de revistas y/o guías de práctica clínica de diferentes comunidades.

4 Resultados

Para la preparación del paciente dependerá de si el sondaje vesical se realiza a un hombre o a una mujer. Si se trata de un hombre deberá permanecer en decúbito supino con los miembros inferiores rectos mientras que si el sondaje se realiza a una mujer deberá permanecer en decúbito supino con los miembros inferiores separados y las rodillas flexionadas.

Los tamaños de la sonda varían en función del sexo al que se vaya a realizar el sondaje. Necesitaremos una sonda, gel con lidocaína, solución antiséptica, gasas y guantes estériles, paño estéril para crear el campo, una jeringa de 10 ml con agua para hinchar el globo vesical y un colector para recoger la orina.

La técnica de sondaje en hombres es la siguiente: debemos de sujetar el pene con una mano, deslizar el prepucio hacia atrás y desinfectar. A continuación, introducimos el gel lubricante en la uretra. También podemos cubrir el extremo de la sonda con lubricante. Colocamos el pene perpendicular al tronco tirando de

él suavemente hacia arriba. Deslizamos la sonda con movimientos fluidos por la uretra hasta que aparezca flujo de orina. Llenamos el balón con los 10 ml de agua y deslizar el prepucio. Conectamos la sonda con el colector y nos aseguramos que la orina salga.

La técnica de sondaje en mujeres: debemos de separar los labios menores, limpiar la salida de la uretra con una gasa con solución antiséptica. A continuación, introducimos el gel lubricante en la uretra y cubrimos el extremo de la sonda con el lubricante. Deslizamos la sonda a través de la uretra hasta que aparezca flujo de orina. Llenamos el balón con los 10 ml de agua. Conectamos la sonda con el colector y nos aseguramos que la orina salga.

Las complicaciones del uso de una sonda pueden ser alergia o sensibilidad al látex, cálculos vesicales, infecciones de la sangre, hematuria, daño renal, lesión uretral y cáncer vesical si existe un uso prolongado de sondas permanentes.

5 Discusión-Conclusión

La sonda vesical debe permanecer en la vejiga el tiempo más corto posible para evitar las posibles complicaciones. Se debe tener un especial cuidado con el cuidado de la sonda. Para cuidar una sonda permanente, se debe limpiar la zona por donde el catéter sale del cuerpo y el catéter mismo con agua y jabón todos los días. También se debe limpiar la zona después de todas las deposiciones para evitar infecciones.

Es recomendable beber líquidos en abundancia para prevenir infecciones. El lavado de manos es fundamental antes y después de manipular el dispositivo de drenaje.

Por ello es importante una correcta colocación de la misma y posteriormente un correcto cuidado.

6 Bibliografía

- 1.<https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/003981.htm>
<https://empendium.com/manualmibe/chapter/B34.IV.24.13>.
- 2.<https://grupolasmimosas.com/mimoonline/sirve-sonda-vesical/>
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28017477/>

Capítulo 115

DACRIOCISTECTOMÍA POR LASER. CUIDADOS DE ENFERMERÍA

BELÉN GONZÁLEZ CARO

CRISTINA GALLEGO TIRADO

CELIA LEÓN OLMEDO

ONEIDA DE LA CRUZ JIMENEZ

ALEJANDRA ATIÉNZAR PÉREZ

1 Introducción

El saco lagrimal es la parte del aparato lagrimal que se encarga de la producción de lágrimas dentro del globo ocular y de su drenaje.

La dacriocistectomía se realiza generalmente en pacientes que presentan infecciones recurrentes del saco lagrimal que no mejoran con medicación (antiinflamatorios y antibióticos). Estas infecciones provocan la inflamación y, en consecuencia, la obstrucción de la vía lagrimal, es lo que se conoce como dacriocistitis.

Los síntomas de la dacriocistitis son:

El principal síntoma es el lagrimeo (epífora), puesto que las lágrimas se acumulan en tanta cantidad en los ojos que acaban derramándose al exterior.

También pueden darse otros síntomas menos frecuentes como: enrojecimiento del ojo y edema, secreción del párpado inferior, dolor ocular, conjuntivitis y fiebre ocasional.

Sea cual sea la causa, la dacriocistitis origina una acumulación excesiva de lágrimas en los ojos, ya que estas no pueden ser drenadas hasta la nariz.

Con la dacriocistectomía por vía endoscópica, es posible resolver esta obstrucción poniendo en comunicación el saco lacrimal directamente con la luz de la fosa nasal, sin cicatrices externas y de una forma relativamente sencilla y segura. El objetivo es la eliminación de la epífora (lagrimeo continuo) y posibles infecciones de la vía lagrimal provocadas por la obstrucción.

2 Objetivos

Objetivo principal

Realizar un protocolo de Enfermería para la cirugía de dacriocistectomía por láser

Objetivo secundario

Definir las pautas de actuación necesarias para garantizar la seguridad del paciente en el periodo intraoperatorio de la cirugía de dacriocistectomía por láser

3 Metodología

Se realiza revisión bibliográfica en las bases de datos Pubmed, Cochrane, Google académico, utilizando las palabras claves: dacriocistectomía, enfermería, protocolo, obtenidos de los Descriptores de Ciencias de la Salud, la búsqueda se realizó utilizando el operador booleano and.

Para la confección del protocolo se utilizó la plantilla de procedimientos específica dictada por el Servicio de Salud del principado de Asturias que consta de los siguientes apartados

4 Resultados

RECURSOS HUMANOS

Equipo quirúrgico

RECURSOS MATERIALES Y NORMAS DE PROTECCIÓN

MATERIAL TEXTIL:

- Equipo de parpados
- Batas

INSTRUMENTAL:

- Caja Dacrio endoscopica
- Caja basico

- Óptica 0°
- Cable luz fria
- Pinza Bayoneta (Para colocación de Lentinas)
- Capsula (Para colocación de lentinas)

OTROS MATERIALES:

- Goma aspiración
- Funda de camara
- Elvis
- Sonda laser
- Steri-strip
- Lentinas + Anestesia Tópica+ ½ ampolla de adrenalina
- Merocel (s/p)
- Canaliculos o tubos Crawford

APARATOS Y ACCESORIOS:

- Aparato del laser
- Fuente de luz
- Monitor + Cámara

INFORMACIÓN Y PREPARACIÓN AL PACIENTE

RECEPCIÓN DEL PACIENTE

El paciente llega al antequirófano acompañado del celador del Hospital de día de Oftalmología.

El enfermero recibe al paciente, y se presenta con nombre y cargo y le pide que diga el nombre y apellidos, comprobando la identidad en la pulsera identificativa, pegatinas y en la documentación que aporte. Se comprueban: ayunas, alergias, medicación habitual, intervenciones quirúrgicas previas, presencia de prótesis, objetos metálicos, marcapasos, DAI o neuroestimuladores. Igualmente se le pregunta si es conocedor de la intervención quirúrgica programada así como de su lateralidad. Se complementará la información sobre la técnica anestésica programada si fuera preciso.

Colocación en la mesa quirúrgica

Se solicita al celador del Área Quirúrgica de Oftalmología el traslado del paciente al quirofano, se le acomoda en la mesa quirúrgica en posición decubito supino, procurando se encuentre lo más cómodo posible. Se le tranquiliza y se explican las actividades a realizar: monitorización, instauración de catéter venoso, y colocación de gafas de O2.

Tiempo anestésico

Se realiza mediante anestesia local y sedación profunda.

Se instilaran gotas anestésicas y se pintara la zona a anestesiarse con betadine.

Se procede al bloqueo loco-regional inyectando una solución de 2,5 cc de bupivacaína 0,25 y 2,5cc lidocaína 2% en el canto interno, además infiltran en superficie los tejidos a lo largo de la cresta lagrimal anterior y en profundidad hasta el periostio de la fosa lagrimal. Bloquean también los nervios infratroclear e infraorbitario.

Posteriormente procedemos a la colocación de la lentina con una pinza bayoneta por la fosa nasal correspondiente, para ello preparamos en una cápsula un vial de anestesia tópica y ½ ampolla de Adrenalina.

TÉCNICA DE REALIZACIÓN

Tiempos de la intervención:

1. Dilatación y sondaje de los puntos lagrimales
2. Canalización con sonda láser
3. Visualización endonasal de la sonda en meato inferior
4. Coagulación con láser
5. Sondaje con tubos de Crawford con nudo en nariz
6. Instilación gotas y taponamiento con lentina

OBSERVACIONES

REGISTROS

Documentación intraoperatoria: Segment Group.

Vista Interactiva

Registro de medicación.

CUIDADOS DEL MATERIAL

Recuento, recogida y envío del instrumental a la Central de Esterilización para su procesamiento.

Recogida de materiales textil, desechable y biológico según procedimiento habitual.

Recuento y recogida del material punzante según procedimiento habitual.

Recogida y colocación de los aparatos y accesorios.

5 Discusión-Conclusión

Actualmente la utilización de protocolos se ha convertido en un indicador de calidad asistencial; por ser una herramienta de trabajo que disminuye la variabilidad de la práctica enfermera. Es un referente imprescindible para los/as enfermeros/as de nueva incorporación y optimiza los recursos utilizados

La implantación del protocolo de Enfermería para la cirugía de dacriocistectomía por láser, facilita el cumplimiento de las pautas de actuación, garantizando la seguridad de paciente

Disponer de un protocolo de cuidados perioperatorios de enfermería:
Disminuye la variabilidad de la práctica enfermera.
Aumenta la calidad de los cuidados dispensados.
Es una eficaz herramienta de trabajo para los enfermeros-as de nueva incorporación.
A través de la información y educación para la salud se potencia la promoción del autocuidado aportando seguridad al paciente durante su recuperación en el domicilio.

6 Bibliografía

Marqués-Fernández, V. De Las Heras-Florez P., Galindo-Ferreiro A. Dacriocistorrinostomía externa, conjuntivo-dacriocistorrinostomía y cirugía de la vía lagrimal en el meato inferior 8 de diciembre de 2020 ISSN 2444-7986

Técnicas Quirúrgicas e Indicaciones y Resultados de Dacriocistorrinostomía Endoscópica Rolando D. Alcívar CI ; Calderón M. Vallejo A. 2019 Revista Científica Mundo de la Investigación y el Conocimiento. Vol. 3 núm.1

Evereklioglu C. Primary Probing with and without Monoka Silastic Stent Intubation for Epiphora in Older Children and Adults. Curr Eye Res. 2020 45(1):87–90.

Capítulo 116

CUIDADOS INTRAOPERATORIOS DE ENFERMERÍA EN LA ARTROSCOPIA DE MUÑECA

BELÉN GONZÁLEZ CARO

CRISTINA GALLEGO TIRADO

CELIA LEÓN OLMEDO

ONEIDA DE LA CRUZ JIMENEZ

ALEJANDRA ATIÉNZAR PÉREZ

1 Introducción

La artroscopia es un tipo de cirugía laparoscópica que se usa para diagnosticar y tratar problemas en las articulaciones. . La artroscopia se realiza en muchas partes del cuerpo, y la artroscopia de la muñeca es uno de los procedimientos artroscópicos más comunes. La artroscopia de muñeca precisa la utilización de material de dimensiones menores de las que se utilizan en las articulaciones de mayor tamaño como la rodilla y el hombro. La artroscopia de muñeca ha supuesto un gran avance tanto en el tratamiento de las patologías como en la descripción de diversas patologías

La artroscopia de muñeca permite la visualización directa de la anatomía de la muñeca: cartílago, tejido sinovial y ligamentoso. Puede ser diagnóstica o terapéutica y está indicada en el tratamiento del fibrocartílago triangular, el diagnóstico

y tratamiento de lesiones y roturas de ligamento, el tratamiento de lesiones con-
drales, sinovitis y en la extracción de cuerpos libres.

La realización de esta intervención quirúrgica en Cirugía Mayor Ambulatoria re-
quiere de una adecuada selección del paciente, una cuidadosa práctica anestésica,
una técnica quirúrgica mínimamente invasiva y unos cuidados de enfermería
planificados. Todo ello sitúa al paciente en las mejores condiciones posibles pre-
cisando por tanto unos cuidados postoperatorios poco intensivos y de corta du-
ración pudiendo ser dado de alta a las pocas horas después del procedimiento

2 Objetivos

Objetivo principal

-Realizar un protocolo de Enfermería para los pacientes ambulatorios que pre-
cisen una Artroscopia de muñeca.

Objetivos secundarios:

-Describir las etapas del procedimiento quirúrgico estandarizando los cuidados
aportando seguridad al paciente quirúrgico

3 Metodología

Se realizó una búsqueda bibliográfica utilizando las bases de datos Pubmed y
Google Scholar empleando los Descriptores de Ciencias de la Salud: Enfermería
en el quirófano, Protocolo, Artroscopia, Cirugía Ambulatoria. Para la intersec-
ción de las palabras claves se utilizó el operador booleano AND.

La confección del protocolo se realizó utilizando la plantilla de procedimientos
específica dictada por el Servicio de Salud del Principado de Asturias que consta
de los siguientes apartados:

4 Resultados

RECURSOS HUMANOS

Equipo quirúrgico

RECURSOS MATERIALES Y NORMAS DE PROTECCIÓN

MATERIAL TEXTIL:

- Pack Cirugía de Mano

188

- Batas

INSTRUMENTAL:

- Caja Ambulatorio
- Caja Artroscopia de muñeca
- Caja Soporte Artroscopia de muñeca
- Condrotomo (opcional)
- Terminales de Condrotomo (opcional)
- Pinzas de artroscopia (opcional)

SUTURAS:

- S. No reabs. Poliamida 1Ag.Tri.19mm n°4/0

OTROS MATERIALES:

- Fundas atrapa dedos. Finger Trap (4 tamaños)
- Almohadillas para mano Hand Pad
- Almohadilla protectora del arco con polea (solo si está defectuosa). Counter traction.
- Funda de cámara
- 1 jeringa 10 cc (entrada de líquidos)
- Tubo de aspiración (salida de líquidos)
- 1 agujas IM
- Skin Marker
- Hoja de bisturí n° 15
- Venda Esmark estéril
- Guantes estériles
- Suero Fisiológico Na Cl 0,9% solución irrigación 500ml
- Solución antiséptica
- Povidona yodada pomada
- Velband 10 cm estéril
- Venda elástica 10x10
- Férula metálica
- Esparadrapo
- Venda orillada 10 x10 (cabestrillo)

APARATOS Y ACCESORIOS:

- Monitores en almacén y pantalla ordenador en pared del quirófano
- Torre: Cámara, fuente de luz fría, consola NSD, consola SDC3, pantalla de la torre y pantalla accesoria.
- Torniquete neumático

189

- Aspiración
- Consola Condrotomo

- Mesa auxiliar para consola del Condrotomo (almacén)
- Arco con polea (almacén)
- 2 sacos de arena (cuarto específico del quirófano 123)
- Gancho para sacos (cajón de la cámara)
- Fundas atrapa dedos de prueba (cajón de la cámara)
- Rodete apoya cabezas
- Tabla ancha apoya brazo
- Almohada triangular para hueco poplíteo.

INFORMACIÓN Y PREPARACIÓN AL PACIENTE

Recepción

El paciente llega al antequirófano acompañado del celador de la Unidad de CMA. El enfermero recibe al paciente, se presenta con nombre y cargo y le pide que diga el nombre y apellidos, comprobando la identidad en la pulsera identificativa, pegatinas y en la documentación que aporte si procede. Se comprueban: ayunas, alergias, medicación habitual, intervenciones quirúrgicas previas, presencia de prótesis, objetos metálicos, marcapasos, DAI o neuroestimuladores. Igualmente, se le pregunta si es conocedor de la intervención quirúrgica programada, así como de su lateralidad. Se complementará la información sobre la técnica anestésica programada si fuera preciso.

Colocación en la mesa quirúrgica

Previa a la entrada del paciente al quirófano se habrá colocado la mesa quirúrgica en la posición adecuada según lateralidad:

Si muñeca Izqda cabecera hacia la pared, pies hacia la puerta, mesa paralela al respirador.

Si muñeca dcha. la cabecera hacia la puerta del quirófano, los pies hacia la pared, mesa paralela al respirador.

El aparto de isquemia, mesa de condrotomo, y el aspirador se colocarán al lado izquierdo de la torre de endoscopia independientemente de la lateralidad.

Procurar que la mesa quede cerca de la torre, para facilitar la conexión de los cables a la misma, vigilando la colocación óptima de las pantallas. Se comprobará el funcionamiento de todos los aparatos necesarios:

Encender los 3 monitores del almacén. En la pantalla del ordenador de pared por defecto sale un icono en forma de flecha y al clicarlo se elige la opción endoscopia. Igualmente se comprobarán las consolas de la torre, así como la cámara y 190 pantallas.

Se solicita al celador del Área Quirúrgica el traslado del paciente al quirófano, se le acomoda en la mesa quirúrgica en posición decúbito supino, procurando se

encuentre lo más cómodo posible. Se le tranquiliza y se explican las actividades a realizar: monitorización, canalización de vía venosa, y aplicación de gafas de O₂ (3 l. x '). Colocación de almohada triangular en hueco poplíteo.

Tiempo anestésico

Se prepara mesa de Mayo para la instauración del plexo: guantes estériles, antiséptico, gasas estériles, paño estéril sin adhesivo ref 16100602, neuroestimulador, electrodo, aguja de plexos 22Gx50mm, ecofunda, gel estéril Aquasonic 100, gel ultrasonidos en tubo.

La técnica anestésica de elección es el bloqueo del plexo braquial axilar utilizando para ello 400mg de Mepivacaina al 1%. Antes de su comienzo, se informará al paciente de los posibles efectos del Midazolam y de los movimientos involuntarios del brazo y antebrazo.

Se le colocará el brazo flexionado con la palma de la mano hacia arriba dirigida hacia el hombro.

Se comprobará el funcionamiento del Ecógrafo y del neuroestimulador.

El anestesta mediante la introducción de la aguja ecoguiada localizará los nervios: radial (inerva 1º y 2º dedos), mediano (inerva 3er dedo), cubital (inerva el

4º y 5º dedo) y el musculocutáneo (inerva la zona medial del brazo, su anestesia permite la colocación del torniquete neumático.

Colocación del arco polea

Una vez instaurado el bloqueo los celadores colocan el arco con polea en la mesa quirúrgica teniendo en cuenta que los vástagos que lo sujetan deben quedar hacia dentro. Este arco dispone de una almohadilla que se apoya sobre el manguito de isquemia. El sistema de polea consta de un cable metálico con dos extremos uno que caerá encima del brazo del paciente y que servirá para sujetar los dedos y el otro extremo saldrá por de la parte inferior del arco y en él se colgarán los sacos de arena al final de todo el proceso de colocación.

Se toma la medida de los dedos del paciente con los atrapa dedos de prueba.

TÉCNICA DE REALIZACIÓN

- Se pinta el miembro superior con la solución antiséptica dejándola secar el tiempo preceptivo a continuación se coloca paño quirúrgico, se aplica la 2ª dosis del antiséptico y se cubre el brazo con el campo estéril.
- Colocación de la cámara en funda estéril, el cable de luz fría y el tubo de aspiración. Se presionará sobre el icono W de la cámara para realizar el balance de blancos (su finalización saldrá indicada en la pantalla de la torre). Durante la intervención quirúrgica se puede dejar en espera la fuente de luz fría pulsando el icono que sale en pantalla esto evitará su calentamiento en intervenciones pro-

longadas.

-La mesa del instrumental se colocará en línea recta con la tabla del brazo. La instrumentista se situará a la derecha del cirujano.

Tiempos de la intervención:

1. Dibujo de incisiones quirúrgicas con rotulador estéril.
2. Realización de isquemia
3. Punción con aguja IM para identificar zona anatómica
4. Incisión con bisturí nº 15 (1er puerto)
5. Dilatación con mosquito
6. Abordaje con punzón y canal de trabajo
7. Retirada del punzón e introducción de la óptica.
8. Apertura 2º puerto y exploración con gancho palpador
9. Reparación según patología
10. Sutura de incisiones
11. Limpieza de zona quirúrgica
12. Cura con Povidona iodada pomada, vendaje, final de isquemia
13. Retirada de campo quirúrgico y colocación de cabestrillo

OBSERVACIONES

El soporte de muñeca no se desmonta se recoge en bloque en su caja.

Si programaran dos artroscopias en la misma mañana, en la 2ª intervención el soporte de muñeca se cubrirá con una funda de Rx.

Si se utilizan terminales de Condrotomo, se hará hoja de gasto indicando casa comercial, nº de lote y referencia)

REGISTROS

Documentación intraoperatoria: Segment Group, Torniquete neumático.

Vista Interactiva: Catéteres, Heridas-Drenajes, Dispositivos de Inmovilización si procede

Formularios: Valoración de Enfermería en el quirófano

Indicaciones

Agenda de cuidados

Registro de medicación

Cierre del caso quirúrgico

CUIDADOS DEL MATERIAL

192

Recuento, recogida y envío del instrumental a la Central de Esterilización para su procesamiento.

Recogida de materiales textil, desechable según procedimiento habitual

Recuento y recogida del material punzante según procedimiento habitual.

Recogida y colocación de los aparatos y accesorios.

5 Discusión-Conclusión

Actualmente la utilización de protocolos se ha convertido en un indicador de calidad asistencial; por ser una herramienta de trabajo que disminuye la variabilidad de la práctica enfermera. Es un referente imprescindible para los/as enfermeros/as de nueva incorporación y optimiza los recursos utilizados

La implantación del protocolo de Enfermería para la cirugía de artroscopia de muñeca, facilita el cumplimiento de las pautas de actuación, garantizando la seguridad de paciente

Disponer de un protocolo de cuidados perioperatorios de enfermería:

Disminuye la variabilidad de la práctica enfermera.

Aumenta la calidad de los cuidados dispensados.

Es una eficaz herramienta de trabajo para los enfermeros-as de nueva incorporación

6 Bibliografía

1. Wong CW, Ho PC. Evolution and Inspiration from Hand and Wrist Arthroscopy. Hand Clin. 2017 Nov;33(4)
2. Wong CW, Ho PC. Evolution and Inspiration from Hand and Wrist Arthroscopy. Hand Clin. 2017 ;33(4)
3. Ahsan ZS, Yao J. Complications of Wrist and Hand Arthroscopy. Hand Clin. 2017 Nov;33(4):831-838
4. Michelotti BF, Chung KC. Diagnostic Wrist Arthroscopy. Hand Clin. 2017 Nov;33(4):571-583.
5. Mohamadi A, Claessen FM, Ozkan S, Kolovich GP, Ring D, Chen NC. Diagnostic Wrist Arthroscopy for Nonspecific Wrist Pain. Hand (N Y). 2017 Mar;12(2):193-196

Capítulo 117

METODO KASSING: CÓMO DAR EL BIBERÓN

MARINA LLOSA VILLA

1 Introducción

La leche materna es el alimento ideal, la recomendación actual es que los bebés reciban lactancia materna de forma exclusiva hasta los seis meses de vida, pero en ocasiones no siempre es posible siendo necesario dar suplementos, bien de leche materna extraída o de fórmula, como en diferentes situaciones: hipoglucemia, deshidratación, pérdida de peso, prematuridad, anquiloglosia, hipogalactia, separación madre-hijo, etc.

Existen diferentes formas de dar suplementos como son el método dedo-jeringa, con vasito, cuchara, relactador y el más conocido y empleado por su fácil adquisición y en principio poca necesidad de entrenamiento, el biberón.

Se ha observado que en ocasiones los bebés a los que se les ofrece biberón pueden acabar rechazando el pecho, ya que se puede crear confusión tetina-pezón y por que la leche sale más rápido que con el pecho.

La confusión tetina-pezón es un poco controvertida, pues no todos los niños a los que se les da chupete o suplementación con biberón tienen después dificultades para mamar. La succión del pecho y la del biberón no se parecen. Para la succión del pecho materno el bebé debe sellar el pecho con los labios haciendo vacío y realizar movimientos de peristaltismo con la lengua para hacer que la leche salga. Sin embargo el movimiento que debe realizar para succionar del biberón es totalmente diferente y la leche sale más rápido, por lo que a algunos bebés les termina costando encontrar el pecho, succionan muy pobremente y se enfadan por que la leche sale más lenta.

Así, se vio la necesidad de crear un método para dar el biberón de la forma más semejante a mamar, para interferir lo menos posible con la lactancia natural.

2 Objetivos

- Describir la forma de dar el biberón siguiendo el método Kassing y los elementos necesarios.
- Exponer las ventajas y beneficios de dicho método.

3 Metodología

Se realizó una revisión narrativa de la literatura disponible sobre la técnica de suplementación con biberón a recién nacidos siguiendo el método Kassing. Las bases de datos utilizadas fueron SciELO, DIALNET, Google Académico y diferentes páginas web sobre lactancia y pediatría. Como palabras claves se utilizaron los términos: “lactancia”, “alimentación con biberón”, “suplementación” y “método Kassing”.

4 Resultados

El método Kassing se ideó con el objetivo de que tomar el biberón fuese lo más similar posible a mamar del pecho materno, empleando los mismos músculos y realizando unos movimientos similares.

Para llevar a cabo este método el biberón debe ser recto. La tetina debe de tener una forma específica: la base debe ser ancha para favorecer la eversión del labio inferior y las mandíbulas abiertas para que selle la tetina con la boca como lo haría con el pezón y la areola. Debe ser redondeada, más similar a la forma del pezón (tetinas fisiológicas) que las tetinas anatómicas, que se deben de evitar. Han de ser blandas y de flujo lento y controlado para fomentar el esfuerzo que deben hacer para extraer la leche en cada succión siendo este similar al esfuerzo que tienen hacer cuando maman del pecho.

Una vez preparado el material los pasos a seguir son los siguientes:

- Colocar al bebé incorporado, lo más vertical posible/semisentado. Con una mano se sujeta la cabeza y el cuello favoreciendo la alineación cabeza-cuello-tronco y con la otra se sujeta el biberón.
- El biberón se coloca en horizontal, favoreciendo que la tetina esté llena de leche pero evitando que esta caiga por gravedad y atragantamientos, obligando al niño

a esforzarse para que la leche salga de la tetina.

- Estimular el reflejo de búsqueda de forma similar a como se hace con el pecho. Para ello se debe rozar la tetina por la nariz y labio inferior y cuando la boca esté bien abierta introducir la tetina por completo. Elevar ligeramente el biberón para que la tetina esté llena de leche y el bebé no trague aire.
- Cuando la toma se va terminando puede ser necesario recostar un poco al niño para mantener la tetina llena de leche.
- Se deben realizar pausas durante la toma cada 15-20 succiones para ver si el bebé esta saciado por el contrario quiere continuar.

Entre las principales ventajas del método Kassing podemos encontrar que los niños que toman biberón siguiendo este método no experimentan confusión tetina-pezones, no sobrealimentamos ya que se permite que los bebés regulen la ingesta y al tener que hacer esfuerzo durante la toma se minimiza el riesgo. Regulan y coordinan succión-deglución-respiración y se produce menor interferencia con la lactancia materna.

5 Discusión-Conclusión

El método Kassing es considerado uno de los métodos más fisiológicos de alimentación con biberón en los recién nacidos. Es uno de los métodos que menos interfiere con la lactancia materna por lo que es apropiado para las familias que quieren mantener la lactancia natural pero presentan alguna dificultad para el amamantamiento o en los momentos que se produce una separación madre hijo por diferentes motivos como ingresos o la incorporación temprana de la madre al trabajo.

Es importante que los profesionales que trabajan en unidades de neonatología conozcan este tipo de métodos de suplementación ya que se puede utilizar como una estrategia para estimular la coordinación succión-deglución-respiración disminuyendo el tiempo de ingreso y evitar dificultades en la lactancia materna como la confusión tetina-pezones.

6 Bibliografía

1. Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre lactancia materna. Guía de Práctica Clínica sobre lactancia materna. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad; Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias del País Vasco-OSTEBA, 2017. Guías de Práctica Clínica en el SNS.

2. Gonçalves Brante AL, Dos Santos Curado MA, Rebelo Cruz I. Técnicas de alimentación en la promoción de las habilidades oromotoras del recién nacido prematuro: a scoping review. *Enferm Global*. 2021; 20(1): 489-538.
3. Kassing D. Bottle-feeding as a tool to reinforce breastfeeding. *J Hum Lact*. 2002; 18(1): 56-60.
4. Pados BF, Fuller K. Establishing a foundation for optimal feeding outcomes in the NICU. *Nurs Womens Health*. 2020; 24(3): 202-209.
5. Valdovín Guerrero G, Navarro Calvo R, Rivera de la Torre S, Álvarez Pérez P, Gajón Flores J, Morte Cabistany CM. El método kassing como elección para la suplementación oral mediante biberón en el recién nacido. *Revista Sanitaria de Investigación [Internet]* 2021 [acceso 19 de abril de 2022]. Disponible en: <https://revistasanitariadeinvestigacion.com/el-metodo-kassing-como-eleccion-para-la-suplementacion-oral-mediante-biberon-en-el-recien-nacido/>

Capítulo 118

DISNEA EN UN PACIENTE PEDIÁTRICO

CARMEN DÍAZ PALACIO

1 Introducción

La disnea está causada por una obstrucción a nivel de las vías respiratorias. Se debe siempre consultar al pediatra nada más detectar los primeros síntomas de falta de aire.

Es una sensación subjetiva, que involucra una sensación de dificultad o incomodidad al respirar o la sensación de no estar recibiendo suficiente aire. Pero también muestra síntomas evidentes. Estos pueden ocurrir cuando el niño está completamente en reposo, o durante períodos de ejercicio intenso.

Para detectar si tu bebé tiene dificultad al respirar debes prestar especial atención a si tiene una coloración azulada en su piel, fuerte aleteo nasal, respiración irregular o apnea. En los bebés suele ser más difícil poder detectarlo.

En los niños un claro síntoma es la incapacidad para poder respirar con normalidad. Podemos verlo, por ejemplo, si se detiene con frecuencia mientras habla para tomar aire, carraspea o tiene suspiros constantes. El niño puede sentirse cansado habitualmente, ya que una mala oxigenación hace que el organismo funcione más lentamente.

También puede ser que el niño diga que le duele el pecho, se maree, tenga náuseas o incluso que se ponga muy nervioso. Es frecuente que tosa. En los casos más graves se produce la coloración azulada de los labios, manos o generalizado y el ruido (pitidos) en el asma o las bronquitis. También detectaremos ronquidos mientras duerme.

2 Objetivos

Describir un caso clínico de disnea en un paciente pediátrico y dar pautas para realizar un buen diagnóstico y saber cuál es la causa principal del origen de esa disnea.

3 Caso clínico

HISTORIA ACTUAL:

Paciente del sexo femenino, cinco años de edad. Acude a un servicio de urgencias de un hospital comarcal, acompañado por su madre, por un cuadro de dificultad respiratoria de un día de evolución, acompañado de fiebre.

ANTECEDENTES:

Alergias: sin alergias medicamentosas conocidas.

Antecedentes familiares: Padre asmático. No ambiente epidémico familiar.

Antecedentes personales: Vacunas al día. Ingreso en una ocasión por vómitos. No enfermedades ni tratamientos crónicos.

EXPLORACIÓN FÍSICA:

Peso: 20kg. Saturación de oxígeno basal: 95%. Temperatura: 36.8°C.

Hemodinámico: estable. Coloración normal de la piel (no se objetiva cianosis ni palidez facial). Perfusión periférica: relleno capilar normal (inferior a 2 seg.), pulsos periféricos presentes y simétricos. Ruidos cardíacos rítmicos a 124 lpm sin soplos audibles.

Respiratorio: no se objetivan asimetrías. Taquipneico a 42 rpm. Presencia de signos de distrés respiratorio (con tiraje supraclavicular, intercostal y con respiración abdominal en bamboleo, sibilancias audibles, ausencia de aleteo nasal).

Auscultación pulmonar: marcada hipoventilación con roncus y sibilancias diseminados y con crepitantes de burbuja gruesa en hemitórax izquierdo y mayor hipoventilación en el lado derecho. A la percusión ausencia de matidez o timpanismo.

Cabeza y cuello: no se palpan ganglios ni tumoraciones. Ausencia de ingurgitación yugular.

Otorrinolaringológico: otoscopia: oído derecho; CAE normal con tímpano íntegro normal. OI: CAE normal con tímpano íntegro normal. Orofaringe: normal, amígdalas de características normales sin placas pultáceas. Faringe normal. No desplazamiento de pilares ni induración. Abdomen: blando, depresible, no doloroso, sin defensa ni signos de irritación peritoneal objetivables. No se palpa

masas ni megalias. Peristaltismo presente. No soplos. Sistema nervioso central: no exantemas ni petequias. No signos meníngeos ni rigidez motora.

Se realiza test de antígenos SARS-COV2: NEGATIVO.

Diagnóstico principal: Crisis asma moderada.

Se le administra durante su estancia en urgencias broncodilatadores en cámara espaciadora (4 puff de salbutamol y 2 de ipatropio), estilsona vo 2,25ml.

4 Discusión-Conclusión

Estamos ante un caso de crisis asmática, en el cual la paciente tiene una evolución positiva tras la administración de la medicación en el servicio de urgencias. Mejoría en el trabajo respiratorio, disminución de la taquipnea a 28-30 rpm, ventilación mejorada pero con persistencia de roncus y crepitantes de burbuja gruesa y Saturaciones de oxígeno de 98%.

Al alta mínimo tiraje subcostal y AP mv conservado con roncus y alguna sibilancia dispersa. Se le realiza a la madre educación sanitaria en el manejo de la cámara espaciadora para realizar cuidados en el domicilio.

Tratamiento para el domicilio:

Salbutamol en cámara espaciadora : 5 puff cada 4-6 horas, hasta revisión por su pediatra.

Estilsona gotas (7mgr=ml): 3ml cada 24 horas durante 2 días.

Si mal estado general, dificultad respiratoria, acudir de nuevo.

Seguir revisiones con su pediatra.

Es fundamental tranquilizar al paciente y rebajar cualquier estado de ansiedad que pueda tener.

Respetar la postura que ofrezca al paciente más seguridad ventilatoria (se pueden colocar dos almohadas en la cama para favorecer la ventilación durante el sueño).

Si la disnea está originada por un acúmulo de secreciones, estimular el reflejo de la tos y el drenaje postural.

5 Bibliografía

-Nuevo González, J.A., Sánchez Sendín, D., Segado Soriano, A., Maganto Sancho, A. Disnea. Insuficiencia respiratoria. Medicine 2015;11:5229-35.

-Andino Ruiz, R., Arevalillo Fernández, N., García Rico, I., González de Marcos, B. Protocolo diagnóstico y terapéutico de la disnea y la insuficiencia respiratoria aguda en Urgencias. Medicine 2014;11:3768-72.

- De Miguel Díez, J., Nieto Barbero, M. A., Rodríguez Hermosa, J.L., Calle Rubio, M., Álvarez Sala Walter, J.L. Disnea. En: Carlos Villasante (ed): Enfermedades respiratorias. Madrid: Aula Médica Ediciones: 2002;1:143-152.
- American Thoracic Society. Dyspnea: mechanisms, assessment, and management: a consensus statement. Am. J. Respir Crit Care Med. 1999; 159: 321-340.
- Palomar Alguacil, V., Torres Murillo, J.M., Jiménez Murillo, L., Degayón Rojo, H. Disnea Aguda. En Jiménez Murillo, L., Montero Pérez, F.J. Medicina de Urgencias y Emergencias, guía diagnóstica y protocolos de actuación. Elsevier España, S.A., 2004; 225-228.
- Jiménez Moral, G. Disnea Aguda. Guías de Urgencias en Atención Primaria. EU-ROMEDICE. ediciones Médicas SL 2006; 1a/6: 33-40.

Capítulo 119

LA ATENCION DE ENFERMERIA EN LA PREVENCION DE LESIONES ASOCIADAS AL PIE DIABETICO

ANA BELEN CRUZ CALLE

MARIA DEL PILAR GOMEZ MENENDEZ

ANA LÓPEZ ARANGO

AZUCENA MONJARDÍN PASARÍN

ESTEFANIA GARCIA AVELLON

1 Introducción

Los pacientes diabéticos pueden tener una serie de complicaciones a la largo plazo entre las que se encuentran: las macroangiopatías (cardiopatía isquémica, accidente cerebrovascular (ACV),...), microangiopatías (retinopatía diabética ,neuropatía, nefropatía) y el pie diabético.

El pie diabético se puede definir como la alteración clínica producida por una situación de hiperglucemia mantenida , al que se suma una isquemia, que puede originar una lesión, úlceras, infección y gangrena en miembros inferiores. Las causas responsables de este síndrome se relacionan con neuropatía diabética en el 80-95% de los casos, enfermedad vascular periférica e infección.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define al pie diabético como la presencia de ulceración, infección y/o gangrena relacionada con la neuropatía diabética y diferentes estadios de enfermedad vascular periférica, como resultado del mantenimiento de una situación de hiperglucemia.

La Sociedad Española de Angiología y Cirugía Vascular lo explica como una alteración clínica con base neuropática, producida por la hiperglucemia mantenida que con la presencia o no de isquemia y asociado a un evento traumático, produce lesión y/o ulceración del pie.

Entre los factores de predisponentes en la aparición del pie diabético están:

- Hiperglucemia: El control de la glucemia reduce la aparición y progresión de las complicaciones microvasculares y neuropáticas. En las situaciones de hiperglucemia se favorece la aparición de callos y reducción del movimiento articular, como resultado del incremento de la glicosidación de colágeno.

- Tabaquismo: relacionado con la aparición de vasculopatía periférica, que predice la amputación cuando la diabetes se manifiesta antes de los 30 años.

- Hipertensión: Multiplica por 5 el riesgo de aparición de vasculopatía periférica.

- Dislipemia: Las alteraciones lipídicas asociadas con la diabetes como el incremento de LDL, triglicéridos y disminución del HDL están directamente relacionadas con la aparición de la vasculopatía periférica.

- Bajo nivel socioeconómico: un déficit de higiene y del cuidado del pie, unido a la tardanza en acudir al centro de salud junto con un menor apoyo familiar, puede incrementar el riesgo de aparecer úlceras y acabar en una posible amputación.

2 Objetivos

Conocer los cuidados de enfermería en la prevención de lesiones asociadas al pie diabético.

3 Metodología

Para realizar este 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 princi-

pales bases de datos de Medline, Google Académico y Pubmed, seleccionando artículos científicos con contenidos relacionados con el tema de estudio.

4 Resultados

En nuestro país se cree que sobre un 15% de las personas con diabetes desarrollaran algún tipo de lesión en el pie durante su vida , de las que de un 7 a un 20% precisaran la amputación de la extremidad. A esto se le añade la merma en la calidad de vida de las personas que sufren la amputación, como reflejan diversos estudios que el impacto es mayor que otras entidades asociadas, como la insuficiencia renal en estadio terminal o la ceguera, en relación a su calidad de vida percibida por el propio paciente.

Uno de las cuestiones más importantes para el diagnóstico precoz de individuos con DM con riesgo de desarrollar el pie diabético es la realización inadecuada o la falta de un examen simple de los pies. La pérdida de la sensibilidad es un elemento importante en la aparición de las úlceras y una mayor vulnerabilidad a los traumas (corte equivocado de las uñas, uso de zapatos inadecuados, caídas). Por lo que las recomendaciones para prevención e intervención adecuadas, acerca del reconocimiento de los factores de riesgo durante la anamnesis, inspección, uso de técnicas e instrumentos simples, son extremadamente importantes para evitar complicaciones que, si no son tratadas a tiempo, pueden llevar a un problema mucho mayor, la amputación.....

Es necesario que el personal de enfermería dirija sus estrategias hacia la prevención de las entidades relacionadas con el pie diabético que disminuyen la calidad de vida de estos pacientes, con dos directrices básicas: una minuciosa inspección y exploración periódica del pie y una adecuada educación sanitaria de los pacientes y de su familia.

Es necesaria por parte de enfermería la explicación de pautas de cuidados y entrega de manuales con las indicaciones escritas para pacientes y / o familia, en las que figura:

- la inspección diaria del pie, con el objetivo de detectar lesiones como ampollas, maceración, o escoriación interdigital. Utilización de espejo para la inspección de planta y talón.
- utilización de un calzado adecuado, que cumpla las características fundamentales de absorción de la carga mediante plantillas elásticas y amplia superficie. Las

zapatillas deportivas son las idóneas para los paseos.

-cambio de calcetines y zapatos dos veces al día.

-No caminar descalzo.

- Descartar la utilización de bolsas de agua caliente y almohadillas eléctricas.

-Acudir al podólogo en caso de aparición de uñas encarnadas, callos.

-Realizar un corte recto y limar las uñas suavemente, no apurar demasiado.

-Lavado de los pies con agua y jabón con una temperatura optima del agua , que se medirá con el codo para proceder a un meticuloso secado, sobre todo entre los dedos.

-Hidratación óptima después del baño mediante cremas hidratantes , que se evitara en los espacios interdigitales para evitar así la maceración.

Es necesaria la recomendación de actividad física como caminar al menos durante 30 minutos, pudiéndose aumentar la distancia gradualmente. También están indicados natación , ciclismo,..

Evitar los ejercicios de apoyo del peso tales como la marcha prolongada y trotar. Se aconseja la realización de ejercicios de flexoextensión y rotación del tobillo, también si se puede de la rodilla.

5 Discusión-Conclusión

-Un buen control diabético y el tratamiento óptimo de las úlceras e infecciones, conllevara una mejora de la calidad de vida del paciente. El papel de la enfermera es básico junto con el equipo multidisciplinar en el abordaje de este problema de salud.

-La educación sanitaria diabetológica, recomendaciones en la prevención, identificar los riesgos, realización de planes de cuidados y el tratamiento de las úlceras son elementos clave en los que se basa su función.

-Es necesario que el personal de enfermería tenga los conocimientos necesarios para emprender estrategias de prevención así como los cuidados adecuados para el tratamiento de las lesiones asociadas al pie diabético realizando un abordaje integral del problema, intentando evitar su aparición y si esta ya se ha producido , minimizando su progresión y secuelas.

-Es básica la explicación pormenorizada de pautas y entrega de manual de indicaciones a los pacientes , ya que una óptima educación a los diabéticos sobre los cuidados del pie en la prevención de las lesiones, está directamente relacionado con la aparición de las mismas y su gravedad.

-La papel de enfermería es fundamental en la promoción de estilos de vida saludables, para que no pierdan calidad de vida y disminuyendo las altas tasas de morbilidad y mortalidad de la diabetes, especialmente en la amputación de miembros inferiores.

-El autocuidado debe ir dirigido tanto al individuo sano como al enfermo, para ello son importante la prevención para mantener su salud, y para el enfermo para recuperarla o mejorarla, este debería constituir un hábito de vida y aspecto de cultura del paciente.

6 Bibliografía

1. Ovalle Alvarez, A., & Soto Gonzalez, L. (2017). Plan de mejora de los cuidados del pie diabético en atención primaria: aplicación del ciclo DEMING. *Tiempos de enfermería y salud*, 1(2). <https://tiemposdeenfermeriaysalud.es/journal/article/view/68>
2. González de la Torre, Héctor, Mosquera Fernández, Abián, Quintana Lorenzo, M.a Luana, Perdomo Pérez, Estrella, & Quintana Montesdeoca, M.a del Pino. (2012). Clasificaciones de lesiones en pie diabético: Un problema no resuelto. *Gerokomos*, 23(2), 75-87. <https://dx.doi.org/10.4321/S1134-928X2012000200006>
3. Fajardo-Dolci, G. E., Arboleya-Casanova, H., & Córdoba-Ávila, M. A. (2008). Recomendaciones para el cuidado de enfermería en pacientes con pie diabético. *CONAMED*, 13, 44–48.
4. Garza Hernández, R., Meléndez Méndez, M. A., Fang Huerta, M. A., Castañeda-Hidalgo, H., Aguilera Pérez, A., & Flores Barrios, F. (2012). Plan de cuidados estandarizados en la atención de pacientes con pie diabético. *Desarrollo científico enfermero*, 20, 303–307. <http://www.index-f.com/dce/20pdf/20-303.pdf>
5. Tizón Bouza, E., Dovale Robles, M. N., Fernández García, M. Y., Fernández Veiga, C., López Vilela, M., Mouteria Vázquez, M., Penabad Penabad, S., Rodríguez Martínez, O., & Vázquez Torrado, R. (2004). Atención de enfermería en la prevención y cuidados del pie diabético. *Atención Primaria*, 34(5), 263–

265. <https://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27-articulo-atencion-enfermeriapi-prevencion-cuidados-del-13066406>

6. Pérez Rodríguez, Ma del Carmen, Godoy, Simone de, Mazzo, Alessandra, Nogueira, Paula Cristina,

Trevizan, Ma Auxiliadora, & Mendes, Isabel Amélia Costa. (2013). Cuidado en los pies diabéticos antes y después de intervención educativa. *Enfermería Global*, 12(29), 43-52. Recuperado en 20 de abril de 2022, de http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S169561412013000100003&lng=es&tlng=es

Capítulo 120

HIGIENE BUCODENTAL EN LA INFANCIA

MARINA LLOSA VILLA

1 Introducción

La caries dental es una enfermedad infecciosa, producida principalmente por la presencia en la boca de la bacteria *Streptococcus mutans*, aunque existen otros tipos de bacterias que también pueden causarla. Se considera además una enfermedad azúcar dependiente, ya que las bacterias metabolizan los azúcares que quedan en la superficie dental, produciendo ácidos capaces de destruir el esmalte, a esto se le conoce como desmineralización. Para compensar esta destrucción del esmalte se produce la remineralización del diente gracias a la saliva y el flúor, existiendo un equilibrio entre ambos procesos.

Cuando se produce un desequilibrio entre desmineralización-remineralización hacia la primera es entonces cuando se empieza a destruir el diente y como consecuencia la aparición de caries.

De este modo entre los principales factores de riesgo que intervienen en la aparición de caries en la primera infancia podemos encontrar: higiene oral deficitaria, que el niño se quede dormido succionando el biberón, una dieta rica en azúcar y la colonización bacteriana oral precoz, principalmente por el *S. mutans*.

Esta enfermedad puede tener repercusiones para la salud de los niños como: dolor intenso, infecciones, hospitalización, problemas del desarrollo físico y del aprendizaje, así como mayor riesgo de caries y problemas dentales en el adulto.

Llama la atención que tratándose de una enfermedad potencialmente prevenible y controlable, su prevalencia entre la población preescolar es elevada, siendo la enfermedad crónica más frecuente en estas edades.

2 Objetivos

- Analizar qué métodos son más eficaces para prevenir las caries dentales y describir la forma correcta de realizar la higiene dental.

3 Metodología

Se realizó una revisión bibliográfica consultando las bases de datos WOS, Embase, CINAHL y Cochrane library. Para la búsqueda se utilizó una combinación de los siguientes términos (DeCS/MeSH) y operados booleanos: (“dental caries”) AND (“prevention” OR “control”) AND (“toothpaste” OR “dentifrices”) AND (“fluorides”) AND (“tooth deciduous”). Se incluyeron estudios que fueran realizados en niños, que evaluaran medidas de prevención de caries y realización del cepillado dental. Se limitó la búsqueda por idioma: inglés/español, fecha: últimos 5 años y tipo de documento: ensayo o revisión.

4 Resultados

La prevención de la caries dental requiere actuar a varios niveles siendo clave la higiene oral diaria. Esta debe realizarse desde el nacimiento con la limpieza de las encías una vez al día aprovechando el momento del baño, para ello se debe utilizar una gasa, paño o dedal de silicona humedecidos con agua y se deben limpiar encías, lengua, interior de las mejillas y el paladar.

Con la erupción del primer diente hasta los 3 años de edad se debe comenzar con el cepillado dental utilizando un cepillo adaptado al tamaño de la boca y pasta de dientes con 1000 ppm de flúor, la cantidad a utilizar de pasta será el equivalente a un grano de arroz. El lavado debe realizarse por los padres 2-3 veces al día, por la mañana y sobre todo por la noche. Cuando hayan salido los molares puede comenzar a pasarse seda dental.

A partir de los 3 años se debe aumentar la cantidad de pasta, será el equivalente a un guisante y la cantidad de ión flúor ha de ser entre 1000 y 1450 ppm.

Y a partir de los 6 años de edad la cantidad de pasta seguirá siendo el equivalente a un guisante y la cantidad de ión flúor 1450 ppm pudiendo aumentarse hasta 5000 ppm en función del riesgo de caries.

El cepillado deben de realizarlo los padres hasta aproximadamente los 8 años de edad y a partir de ahí supervisar el cepillado hasta la adolescencia. La duración de este debe durar unos 2 minutos. Y tras él, no enjuagar la boca con agua, solo escupir las veces que sea necesario.

Debe evitarse la contaminación de la boca de los bebés con bacterias cariogénicas (saliva familiares/cuidadores), y cuidar la alimentación limitando el consumo de alimentos y bebidas azucaradas, no comer entre horas, y evitar que el niño se duerma comiendo.

El uso de flúor suplementario (barnices, geles, espumas,...) y sellados debe valorarse en función del riesgo.

5 Discusión-Conclusión

Las claves principales para la prevención de las caries son establecer un buen hábito de higiene oral, una buena alimentación y uso regular de flúor, cuanto antes se comience con el cuidado de la boca menor será el riesgo. El efecto local del flúor sobre el diente ha demostrado ser la forma más eficaz de prevención. Utilizando la cantidad de pasta y concentración de flúor adecuada y bajo supervisión el riesgo de fluorosis es bajo.

Es importante recordar que la higiene oral en la infancia se realiza tanto para establecer buenos hábitos como para proteger los dientes temporales, se creará un patrón de cuidados que acompañaran al niño durante toda su vida.

6 Bibliografía

1. Sociedad española de odontopediatría. Protocolo de diagnóstico, pronóstico y prevención de la caries de la primera infancia. Barcelona; 2017.
2. Suárez Quintanilla, JM. Guía de práctica clínica para la prevención y tratamiento no invasivo de la caries dental [Internet]. Madrid: Ilustre consejo general de colegios de odontólogos y estomatólogos de España; 2014 [acceso 22 de mayo de 2019]. Disponible en: <http://sespo.es/wp-content/uploads/2014/11/GUIA-PRACTICA-CLINICA.pdf>
3. Walsh T, Worthington HV, Glenny AM, Marinho VCC, Jeroncio A. Fluoride toothpastes of different concentrations for preventing dental caries. Cochrane Database of Systematic Reviews 2019, Issue 3. Art. No.: CD007868. DOI: 10.1002/14651858. CD007868.pub3.
4. Nazzari H, Duggal MS, Kowash MB, Kang J, Toumba KJ. Comparison of residual salivary fluoride retention using amine fluoride toothpastes in caries-free and caries-prone children. Eur Arch Paediatr Dent. 2016; 17(3): 165-169. DOI: 10.1007/s40368-015-0220-x
5. Brambilla E, Ionescu A, Cazzaniga G, Edefonti V, Gagliani M. The influence of antibacterial toothpastes on in vitro Streptococcus mutans biofilm formation: A

continuous culture study. *Am J Dent.* 2014; 27(3): 160-166.

Capítulo 121

SINDROME DE SOBRECARGA DEL CUIDADOR

MARIA DEL PILAR GOMEZ MENENDEZ

ANA LÓPEZ ARANGO

AZUCENA MONJARDÍN PASARÍN

ESTEFANIA GARCIA AVELLON

EVA MENÉNDEZ RODRÍGUEZ

1 Introducción

Durante nuestra vida pueden producirse eventos que desemboquen en una disminución de nuestras capacidades físicas y/o mentales, como puede ser el caso de un accidente, enfermedades incapacitantes o el propio proceso natural del envejecimiento; lo que da lugar a un determinado grado de dependencia.

Una persona dependiente por lo tanto es aquella que, de manera permanente bien debido a una discapacidad, enfermedad, o a la edad, tiene dificultades o es incapaz de realizar las tareas básicas de la vida diaria.

Los sujetos con dependencia o algún grado de discapacidad suponen cada vez un colectivo mas numeroso. Existe alrededor de un 10 % de personas mayores de 65 años con limitaciones en el autocuidado y problemas de movilidad. Tanto en España como en el resto de países desarrollados de Europa, la esperanza de vida se está incrementando potencialmente y la media de edad de la población cada vez es mayor produciéndose un envejecimiento continuo.

Los grados de dependencia varían en función del grado de pérdida de autonomía, distinguiéndose tres niveles:

- Dependencia moderada.
- Dependencia severa.
- Gran dependencia.

Dichas limitaciones hacen precisa la atención y el cuidado por parte de otras personas.

La figura del cuidador es la persona que se ocupa de los sujetos con algún grado de dependencia. En su mayoría el perfil de cuidador suele ser; mujer (en un 85% de los casos) de mediana edad con lazos familiares con el sujeto con dependencia o algún grado de discapacidad, en menor medida se encomienda esta función a personal contratado o voluntariado.

El cuidador se somete a un estrés continuado lo que conlleva un desgaste con consecuencias negativas en la salud pudiendo derivar en el síndrome del cuidador quemado o síndrome de sobrecarga del cuidador, que se caracteriza por fatiga emocional y física, sentimientos negativos hacia sí mismo y la persona cuidada, sentimientos de insatisfacción, y pérdida de bienestar.

2 Objetivos

Objetivo general: Evaluar la sobrecarga de los cuidadores de pacientes dependientes.

Objetivo específico: determinar los factores más acusados por parte de los cuidadores en materia de sobrecarga.

3 Metodología

Se ha realizado una revisión bibliográfica de artículos entre 2018 y 2022 en los buscadores Scielo, Medes, y google académico; utilizando para la búsqueda las siguientes palabras clave: cuidador, sobrecarga y dependencia.

Como criterios de exclusión tenemos: los artículos no incluidos en los años citados y aquellos artículos no relacionados con el tema en cuestión.

Criterios de inclusión: artículos principalmente en español y cuyo tema principal refleje el objetivo del presente trabajo.

4 Resultados

La necesidad de atención domiciliaria en nuestro medio es cada vez mayor, debido al envejecimiento progresivo de la población.

El perfil básico de los cuidadores son mujeres con estudios básicos, mediana edad, casada, habitualmente con lazos familiares con la persona dependiente, dedicada 24 horas al cuidado del sujeto, y sin ayudas externas.

Debido a que el elevado nivel de cuidados de los sujetos dependientes, repercute directamente en el riesgo del cuidador principal de padecer sobrecarga, la prevención o el tratamiento de dicha carga podrían evitar/disminuir los efectos que acarrear. Una vez establecido el grado de dependencia del paciente, deberían evaluarse los factores relacionados con la carga del cuidador y así poder planear intervenciones orientadas en la prevención y evitación de problemas futuros. Realizar cuidados de calidad y con bajos niveles de carga dan lugar a factores protectores frente a la ansiedad y depresión en los cuidadores de pacientes dependientes.

La probabilidad de que aparezca sobrecarga en el cuidador o lo que es lo mismo síndrome del cuidador quemado de personas dependientes son las siguientes: mayor edad de la persona dependiente, mayor numero de patologías, presencia de agresividad del sujeto dependiente, falta de colaboración/ayuda por parte de otros familiares, desinformación por parte del cuidador en cuanto al proceso/ayuda/participación en asociaciones.

Los síntomas que aparecen en el cuidador son los siguientes: estrés, cansancio, insomnio, irritabilidad, ansiedad, aislamiento familiar y social, sensación de falta de bienestar.

La sobrecarga del cuidador se produce debido al exceso de las numerosas funciones que debe realizar para el enfermo, esto produce unos riesgos para el enfermo, además de las repercusiones del cuidador, todo esto se puede evitar con una intervención sobre el riesgo de sobrecarga del cuidador.

Dentro de las acciones sanitarias en el síndrome de sobrecarga del cuidador se incluyen:

- Enseñanzas para cuidar de uno mismo, manteniendo el aspecto físico, una alimentación adecuada, buscar espacios para uno mismo manteniendo actividades de ocio, combatir sentimientos de culpabilidad.
- Proporcionar información acerca del manejo de personas dependientes, instruyendo en fomentar dentro de lo posible la autonomía de la persona dependiente, gestionando así el tiempo de manera mas eficiente.

- Búsqueda de ayuda por parte de otros familiares, así como fomentar la inscripción en grupos de apoyo/Asociaciones.

5 Discusión-Conclusión

Es necesario desarrollar intervenciones psicoterapéuticas para aquellos cuidadores que ya están sufriendo las repercusiones del síndrome de sobrecarga del cuidador, y estrategias preventivas específicas para aquellos que todavía no lo han desarrollado.

La recomendación va encaminada en todas las vías de actuación posibles, en la prevención del síndrome del cuidador, para ello debemos tomar conciencia y ver la necesidad de implantar un plan de autocuidado que irá encaminado a valorar el día a día, pudiendo ser modificado en función de las necesidades tanto del cuidador como del sujeto dependiente, es muy importante también incluir no solo al cuidador sino también al entorno que lo rodea (familia, políticas sociales, profesionales del servicio de salud). Dicho plan debe incluir: descanso, relaciones sociales, y cuidado de la propia salud.

Las dificultades por las que atraviesan los cuidadores de personas dependientes son principalmente, su alta dedicación, la ausencia de periodos de descanso, pocas ayudas o retraso en las mismas por parte de del sistema.

6 Bibliografía

1. Luna-Solis, Y., & Vargas Murga, H. (2018). Factores asociados con el deterioro cognoscitivo y funcional sospechoso de demencia en el adulto mayor en Lima Metropolitana y Callao. *Revista de Neuro-Psiquiatria*, 81(1), 9. <https://doi.org/10.20453/rnp.v81i1.3269>
2. Martínez Pizarro, S. (2020, 20 abril). SINDROME DEL CUIDADOR QUEMADO. *scielo*. Recuperado 2 de febrero de 2022, de https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1699-695X2020000100013
3. 2022 Viguera Editores S.L.U. (2021, 1 junio). Síntomas depresivos y sobrecarga en los familiares cuidadores en la enfermedad de Alzheimer: un modelo de ecuaciones estructurales : *Neurología.com*. <https://www.neurologia.com/articulo/2018504>. Recuperado 4 de enero de 2022, de <https://www.neurologia.com/articulo/2018504>
4. Ruiz, J. R. C. (2020). La sobrecarga de los cuidadores informales [Metas enferm .2014]-Medes. <https://medes.com/Public/ResumePublication.aspx?idmedes=>

87196.

Recuperado 3 de abril de 2022, de <https://medes.com/Public/ResumePublication.aspx?idmedes=87196>

Capítulo 122

DEPORTE Y OSTEOPOROSIS

EVA MENÉNDEZ RODRÍGUEZ

ANA BELEN CRUZ CALLE

MARIA DEL PILAR GOMEZ MENENDEZ

ANA LÓPEZ ARANGO

AZUCENA MONJARDÍN PASARÍN

1 Introducción

La osteoporosis es una enfermedad esquelética caracterizada por una reducción de la masa ósea debido a la disminución de calcio en sangre conocida como osteopenia, que hace que el organismo capte el calcio que está depositado en el hueso.

Tanto la creación como la destrucción del hueso ocurre gracias a un hecho que transforma la energía mecánica en señales eléctricas y químicas conocida como mecanotransducción. Cuanto más estrés mecánico exista, mayor será la activación de los mecanorreceptores, que a su vez aumenta el reclutamiento, la proliferación y la diferenciación celular que hace que se consiga tener un balance óseo positivo.

Distinguimos los diferentes tipos de osteoporosis:

- Primaria:

- Idiopática: aparece en niños y adultos jóvenes sin trastornos hormonales ni carencias vitamínicas. Su causa es desconocida y es poco frecuente.
- Postmenopáusica: se origina por la falta de la principal hormona femenina, los estrógenos, que ayuda a regular el aporte de calcio al hueso. Afecta a mujeres entre 51 y 71 años.
- Senil: por encima de los 70 años y más frecuente en mujeres. Es causada por deficiencia de calcio; existe un desequilibrio entre la velocidad de degradación y regeneración ósea.

- Secundaria: a consecuencia de ciertas enfermedades (insuficiencia renal crónica, problemas endocrinos, etc) y trastornos hormonales o tratamiento con fármacos como son los glucocorticoides, neurolépticos, antidepresivos, etc.

Una buena ingesta de calcio y vitamina D, una alimentación sana y equilibrada y aumentar el ejercicio físico son los pilares fundamentales para la prevención de la osteoporosis.

2 Objetivos

General:

- Definir los beneficios del ejercicio físico para prevención de una de las enfermedades más causante de fracturas, la osteoporosis.

Específicos:

- Explicar los beneficios del ejercicio físico según la franja de edad.
- Distinguir los tipos de ejercicio físico que son más recomendables para la prevención de la osteoporosis.

3 Metodología

Se realiza una revisión sistemática seleccionando artículos encontrados en las bases de datos: PubMed, Scielo, Cuiden y BVS. Los criterios de inclusión han sido el acceso libre y completo a dichos artículos y que el idioma fuese inglés o castellano. Se han usado los descriptores "osteoporosis", "ejercicio físico", "prevención" y "riesgo de fractura", utilizando para su búsqueda el operador booleano "and".

4 Resultados

A consecuencia de las osteoporosis, los huesos se vuelven más porosos y frágiles, lo que conlleva a un alto riesgo de sufrir una fractura. Esto ocurre porque el nivel de trabajo de los osteoblastos (células encargadas de sintetizar la matriz ósea y el desarrollo del hueso) es menor que la actividad de los osteoclastos (células que degradan la matriz ósea). La osteoporosis afecta a todo el cuerpo, pero las más fracturas que encontramos más frecuentemente son: vértebras, fémur proximal, húmero y radio distal.

El hueso es una estructura dinámica que necesita constante estímulos mecánicos para su creación. El ejercicio físico es una manera excepcional de aumentar los estímulos que son necesarios para la creación de hueso, gracias a que sometemos a nuestro cuerpo a fuerzas diversas que tienen un efecto osteogénico. Los efectos de la práctica deportiva son distintos según la edad. Según estudios, la adquisición de masa ósea comienza en el útero y se culmina a los 40 años. No obstante, en la adolescencia se da el mayor crecimiento óseo, es por ese motivo por el cual es vital aumentar la densidad ósea durante ese período. En la edad adulta, el ejercicio físico ayuda a mantener el hueso sano y fuerte. En edades más avanzadas, el ejercicio físico ayuda a amortiguar los efectos de la pérdida de masa ósea.

Para favorecer la producción de masa ósea es necesario que existan tracciones, tensiones, mecanismos de impacto y de torsión en el sistema óseo para que los osteoblastos realicen un mayor trabajo y así puedan crear un hueso más fuerte. Esto se consigue gracias a la práctica de ejercicio físico.

No todo tipo de ejercicio beneficia de la misma manera esta prevención. Tanto los ejercicios de fuerza como los de alto impacto como el tenis, voleibol... estimulan más el crecimiento óseo que aquellas actividades que son de menos impacto, como puede ser el pilates y la natación.

Los ejercicios de fuerza son los más recomendados. Ayudan a mejorar en gran medida la densidad ósea, además de aumentar la masa muscular. En las zonas en las que el cuerpo son más cargadas se aprecian mayor densidad ósea. Si este tipo de deporte se combinara con ejercicios de potencia, aún sería más osteogénico. Estudios demuestran que las jugadoras de voleibol, tras la realización de una densitometría ósea, poseen mucho mayor densidad ósea en el brazo dominante. Los resultados se compararon con personas que no practicaban este tipo de deporte, y en ellas no se vio diferencia de densidad ósea entre ambos brazos,

Los ejercicios de alto impacto también estimulan la formación ósea pero en menos medida que los anteriores. Cuánto más intenso sea el ejercicio, más se estimulará. Estos ejercicios generan un gran efecto protector al hueso. Un estudio demuestra que las mujeres que caminaban al menos una hora a la semana a una velocidad moderada, reducían hasta en un 6% el riesgo de sufrir una fractura de cadera relacionada con la osteoporosis. Los beneficios fueron apreciables incluso entre mujeres sedentarias que comenzaban a practicar esta actividad.

Los ejercicios de bajo impacto, como pueden ser el yoga, pilates, natación, etc son los menos aconsejables porque las ganancias de masa ósea son mínimas. En un estudio realizado a adolescentes que practicaban la natación, no se encuentra ninguna diferencia entre su masa ósea y la de los adolescentes sedentarios.

5 Discusión-Conclusión

La práctica de ejercicio físico aporta múltiples beneficios; ayuda a mejorar la marcha, la coordinación, la fuerza muscular, la respuesta de reacción frente a las caídas y aumenta la densidad mineral del hueso. Supone una buena fórmula para la prevención de las caídas y ayuda a mejorar la densidad ósea, aporta una mayor estabilidad en la marcha y una mayor sujeción en las articulaciones.

Todas las situaciones que conllevan una inmovilización y el hábito sedentario, suponen la ausencia de los estímulos necesarios para la creación de hueso, condicionan la posibilidad de desarrollar o de agravar la osteoporosis

Los ejercicios de fuerza y de alto impacto, tienen un papel destacado para la prevención de la osteoporosis. Éstos favorecen el crecimiento y la remodelación del hueso, mejorando la presión y tensión muscular. Un ejercicio leve no basta para fortalecer los huesos. Por tanto, es beneficioso la realización de estos tipos de ejercicios desde la niñez, durante la pubertad y en la medida en que sea posible, en la edad adulta.

Es importante destacar que no existe una edad límite para iniciar la práctica de ejercicio físico, siempre que éste se adapte a la edad y condición física de cada persona. Al realizar ejercicios de alto impacto, los huesos y tejidos blandos, si no están preparados para superar ciertas tensiones y una carga excesiva, puede ser igual de contraproducente que el sedentarismo. Se debe hacer hincapié en que no todo tipo de ejercicio es favorable para la prevención de la osteoporosis.

6 Bibliografía

1. Rodríguez M.Y, Darías J.Y, Rodríguez D.R. El ejercicio físico para contrarrestar la osteoporosis. *Correo Científico Médico de Holguín*. 2018;22(3):361-4.
2. Andrade, D. Osteoporosis en la mujer: ¿tratamiento o prevención?. El ejercicio físico como una medida preventiva. *Revista Horizonte*. 31 de diciembre de 2011;2(2).
3. García-Gomariz C, Igual-Camacho C, Hernández-Guillén D, Blasco JM. Efectos de un programa combinado de impacto, fuerza y resistencia en la prevención de osteoporosis de mujeres posmenopáusicas. *Fisioterapia*. 2019;41(1):4-11.
4. Plaza Carmona M, Martínez González L. Importancia del ejercicio físico en la salud ósea durante el crecimiento. *Revista Enfermería CyL [Internet]*. 2016 [consultado el 29 de agosto de 2021];8(2). Disponible en: <http://www.revistaenfermeriacyl.com/index.php/revistaenfermeriacyl/article/view/154/153/>.
5. Pérez Fernández MR, Almazán Ortega M, Martínez Portela JM, Alves Pérez MT, Segura Iglesias MC, Pérez Fernández R. Hábitos saludables y prevención de la osteoporosis en mujeres perimenopáusicas de un ámbito rural. *Gaceta sanitaria*. Abril de 2014;28(2).
6. Escalante M, Franco-Vicario R. Deporte y masa ósea. *Revista española de enfermedades metabólicas óseas*. Julio de 2013; 12(4):80-2.
7. Martín Urribalde J.M., Alonso Medaña N. Osteoporosis en la mujer, ¿tratamiento o prevención? El ejercicio físico como medida preventiva. *Fisioterapia* 2006. 9 de octubre de 2006;28:323-31.

Capítulo 123

PRINCIPIOS GENERALES SOBRE EL CONTROL DEL DOLOR EN EL PACIENTE PALIATIVO

LAURA ESPINA FERNÁNDEZ

1 Introducción

La Sociedad Española de Cuidados Paliativos (SECPAL) define al paciente paliativo como aquel sujeto que padece una enfermedad avanzada, progresiva e incurable cuyo pronóstico de vida es inferior a seis meses.

La atención al enfermo terminal se da cada vez con más frecuencia tanto a nivel de atención primaria como a nivel hospitalario.

La clínica de estos pacientes se caracteriza por ser cambiante, intensa y sobre todo, multifactorial.

Cabe destacar que se trata de una situación con un gran impacto emocional a nivel familiar y terapéutico, relacionado con la muerte esperada en un corto intervalo de tiempo.

La atención a un paciente paliativo debe ser integral es decir, debe abarcar aspectos físicos, psicológicos, espirituales y sociales. Y mantener cubiertas todas las necesidades que de ello se deriven.

El enfermo y la familia se consideran como un todo, ya que la familia es el apoyo fundamental del paciente paliativo.

La SECPAL fue fundada en enero de 1992 y cuenta con más de 300 profesionales de diferentes especialidades, considerándose por tanto, una asociación interdisciplinar.

Los principios básicos de los cuidados paliativos se basan en la promoción de la autonomía del paciente y en el mantenimiento de la dignidad del enfermo. Siempre desde el respeto, el confort y la toma de decisiones con la participación del paciente.

En la evaluación de los síntomas además de la causa, se debe tener en cuenta la intensidad y el impacto a nivel tanto físico como emocional.

Seguidamente debe llevarse a cabo una estrategia terapéutica y es aquí, donde entra en juego el uso de fármacos para el alivio de esos síntomas.

Siendo el personal de enfermería el responsable de su administración y de la monitorización de las consecuencias derivadas de la misma, ya sean positivas o adversas para el paciente.

2 Objetivos

- Establecer las pautas para el abordaje del control del dolor en el paciente terminal.
- Determinar las bases del tratamiento del dolor: principales fármacos, vías de administración y efectos adversos.
- Conocer la importancia de tratar tanto a la familia como al paciente.

3 Metodología

Se llevó a cabo una revisión bibliográfica en las principales bases de datos de artículos científicos relacionados con el dolor en el paciente terminal.

Las palabras clave empleadas han sido: administración de fármacos, paciente terminal, autonomía, fácil manejo, control del dolor.

La búsqueda se ha realizado en las principales bases de datos entre ellas SCIELO, CUIDEN y el buscador Google Académico.

También se consultó la web de la Sociedad Española de Cuidados Paliativos SECPAL.

4 Resultados

El equipo terapéutico responsable del paciente debe establecer unos objetivos terapéuticos en cada síntoma y especialmente en el caso del dolor, que le permitan asegurar un alto nivel de confort al paciente.

En el tratamiento del dolor en situación terminal se parte de la premisa de que cuando el enfermero dice que le duele, no puede haber duda alguna de que es cierto.

Algunos estudios hacen referencia a que habitualmente, se infravalora el dolor del paciente, un error muy común y demasiado frecuente.

El tratamiento para el dolor debe ser simple y las dosis deben ser individualizadas, ya que son muchos los factores que pueden modificar el umbral del dolor.

El sueño, la ansiedad, el estado de ánimo, el miedo, el reposo, la comprensión... son entre otros, los más influyentes en el paciente terminal.

Se considera que entre el 60-80% de estos pacientes tienen dolor de moderado a severo, aumentando a medida que progresa la enfermedad y mermando de manera significativa su calidad de vida.

Dentro de los principios generales del control del dolor en el paciente terminal es fundamental destacar que no hay ningún motivo para retrasar el comienzo del uso de los analgésicos potentes.

La intensidad del dolor será la que determine la potencia del analgésico y nunca será la supervivencia prevista, la que establezca el uso de unos fármacos u otros.

Ni ética ni moralmente, ni terapéuticamente, es recomendable dar placebo a un paciente terminal.

Los analgésicos deben administrarse ahora es fijas. Se considera inapropiado prescribir analgésicos a demanda a un enfermo terminal, ya que el dolor con toda seguridad volverá a aparecer obligando al enfermo a tomar una nueva dosis.

Lo que conlleva un mal control del dolor y empeoramiento de su estado de ánimo. Cuando el dolor no se puede controlar a nivel de atención primaria en ocasiones, es necesario ingresar al paciente.

También puede ser motivo de ingreso el hecho de que la familia no sea capaz de asumir la administración de fármacos por su complejidad o simplemente, por claudicación familiar. Proporcionando así, un descanso a los familiares o cuidadores del enfermo.

Clásicamente para el tratamiento del dolor se recurre siempre al uso de la escalera analgésica de la Organización Mundial de la Salud (OMS). No obstante, en el caso de los pacientes paliativos es necesario destacar que no todos los dolores son aliviados por los analgésicos.

El dolor neuropático es un claro ejemplo de ello.

La escalera analgésica de la OMS: en el primer escalón, se sitúan los analgésicos periféricos: paracetamol, ácido acetilsalicílico (AAS), antiinflamatorios no esteroideos (AINES) y fármacos coadyuvantes.

En el segundo escalón se encuentran los opioides débiles como la codeína y la dihidrocodeína y en el tercer escalón se hallan los opioides potentes (morfina).

No deben mezclarse nunca los opioides débiles con los potentes ni los potentes entre sí.

El paracetamol no tiene actividad antiinflamatoria. Su vida media es de tres a cuatro horas y la dosis máxima recomendada es de 1000 mg cada 4 horas.

La aspirina es muy efectiva en los dolores óseos. La dosis máxima recomendada es de 500 a 1000 mg cada cuatro horas.

La dosis máxima de codeína recomendada es de 60 mg cada cuatro horas.

En el caso de la dihidrocodeína se recomienda administrar un comprimido cada 12 horas. Los comprimidos deben tomarse completos sin masticar ni machacar.

El fármaco de elección en los pacientes paliativos es la morfina, considerado fármaco opioides potente perteneciente al tercer escalón de la escalera analgésica de la OMS.

La morfina se emplea tanto para tratar el dolor como para controlar la disnea, los tos o incluso la diarrea. Su vida media es de cuatro horas.

Los principales efectos secundarios a tener en cuenta son: estreñimiento, náuseas y vómitos, sudoración, astenia y a veces, al comenzar el tratamiento puede darse confusión con obnubilación.

Se considera que existen perjuicios a nivel social e incluso sanitario sobre el uso de la morfina.

Algunos de los falsos mitos son:

-La morfina causa depresión respiratoria y por tanto, es peligrosa. Si se ajusta la dosis de manera individualizada es un fármaco totalmente seguro. El dolor es un antagonista muy potente de la depresión respiratoria provocada por los opiáceos.

-Se desarrolla rápidamente tolerancia a la morfina, cuanto más largo es el tratamiento menos importante es el fenómeno.

-La morfina provoca euforia y no es así, se confunde con el estado de bienestar que genera en el paciente al calmar el dolor.

La morfina puede administrarse vía oral, rectal y/o parenteral-subcutánea.

Por vía oral sólida debe tomarse cada 12h y la dosis se aumentará en función del estado del paciente.

La morfina no tiene techo terapéutico por lo que no existe dosis máxima.

La presentación oral soluble y la rectal no están comercializadas las tiene que preparar el farmacéutico.

La vía parenteral-subcutánea es una buena alternativa en casos de intolerancia oral, agonía o problemas intestinales. Deben administrarse dosis equivalentes al 50% de la dosis oral habitual, deben darse cada cuatro horas o en perfusión continua.

La vía de elección en el paciente paliativo es siempre la vía oral pero cuando no es posible usar esta vía o cuando existe mal control de los síntomas, es necesario llevar a cabo vías alternativas. La vía subcutánea es una de ellas. Se define como la introducción de fármacos en el tejido celular subcutáneo.

En 1979 se describió por primera vez el método de empleo de opioides por esta vía.

Las zonas de punción que pueden emplearse para colocar una palomilla subcutánea para infusión son: infraclavicular, cara anterior del abdomen, escápula, tercio medio de la cara externa del brazo...

Se recomienda evitar zonas con edemas, prominencias óseas, pliegues cutáneos entre otros.

Es necesario revisar periódicamente la zona de inserción de la palomilla para detectar inducción, edema, infección, hematoma... en definitiva, complicaciones locales que dificulten la absorción de la medicación o la pérdida de la integridad cutánea.

Esta vía también constituye una alternativa para la hipodermoclis (hidratación).

La vía subcutánea puede emplearse para infusión continua obteniendo así una concentración plasmática estable. También puede usarse de forma intermitente o discontinua administrando pequeños volúmenes de 1,5-2 ml de manera sistemática o puntual, manejada bien por personal sanitario de atención primaria (AP) o por su propia familia tras el adiestramiento adecuado.

También puede infundirse a través de esta vía un volumen importante de líquido con la finalidad de hidratar al paciente (entre 500-1500 ml/día).

Respecto a los fármacos adyuvantes se deben mencionar los corticoides, antidepresivos y anticonvulsivantes principalmente.

Los corticoides son analgésicos en casos de aumento de la presión intracraneal y además aumentan la sensación de bienestar.

Los antidepresivos y los anticonvulsivantes son de gran utilidad en los casos de dolor neuropático.

En cuanto a la atención a la familia el equipo de cuidados paliativos debe valorar inicialmente si la familia puede hacerse cargo de los cuidados del paciente de una manera efectiva.

A partir de ahí, debe ofrecer educación sanitaria sobre alimentación, higiene, cambios posturales, administración de fármacos, pautas de comunicación con el paciente...así mismo, dar soporte emocional y ayuda en la prevención y tratamiento del duelo.

Siempre teniendo en cuenta, que la situación familiar puede sufrir cambios en función de la aparición de crisis.

El impacto de la enfermedad terminal sobre la familia está condicionado por la personalidad del enfermo, la calidad de las relaciones personales, la estructura familiar y los estilos de convivencia del enfermo y su familia.

5 Discusión-Conclusión

-El dolor se considera uno de los síntomas más incapacitantes del paciente que sufre una enfermedad terminal.

-La morfina es el fármaco de elección para el control del dolor y la vía oral es la vía de elección para su administración.

-La vía subcutánea supone una alternativa cuando la vía oral no es accesible.

-La vía subcutánea resulta sencilla de manejar y es bien tolerada por los pacientes así como, útil para el control del dolor.

-La familia y el enfermo se consideran una unidad a tratar puesto que la familia es un pilar fundamental para los cuidados y el apoyo del paciente al final de la vida.

-La actuación del equipo de cuidados paliativos contribuye a mejorar la calidad de vida del paciente terminal.

Podemos concluir que un buen equipo de Cuidados Paliativos es el mejor psicofármaco para el paciente terminal.

6 Bibliografía

1. Gómez Sancho M, Ojeda Martín M. Cuidados Paliativos: Control de Síntomas (3a edición). Unidad de Medicina Paliativa. Hospital El Sabinal. Las Palmas de Gran Canaria. Ed: Asta Médica, 1999.
2. Fernández R, Pérez MC, Cossio I. Vía subcutánea en cuidados Paliativos. Jano 2001;61 (1993):37-40.
3. López Imedio E. Enfermería en Cuidados paliativos Ed. Panamericana 2000

4. Fernández González R, Amo Alfonso M. Utilidad de la vía subcutánea en atención domiciliaria como estrategia de atención integral al paciente terminal. FMC 1998; 5: 614-20.
5. Bordallo Huidrobo JR. Tratamientos parenterales en Atención Primaria. En: Escoín J Coord. Guía de Actuación en Atención Primaria. 2a ed. Barcelona: SEMFYC, 2002;p 1271-73.
6. Benítez MA, Castañeda P, Gimeno V, Gómez M, Duque A, Pascual L, et al. Documento de Consenso SECPALSEMFYC. Atención al paciente con cáncer en fase terminal en el domicilio. Atención Primaria 2001; 27: 123-6.
- 7.Llimós A. SMPJY-CEFM. Utilización de la vía subcutánea en cuidados paliativos. Medicina Paliativa 2000;6(3):121-7.
- 8.Porta-Sales J, Gomez-Batiste X, Tuca A, editores. Manual de control de síntomas en pacientes con cáncer avanzado y terminal. Madrid: Editorial Arán; 2004.
- 9.www.secpal.com

Capítulo 124

CASO CLINICO: ANQUILOGLOSIA DEL LACTANTE Y GRIETAS DEL PEZÓN, ABORDAJE DESDE LA CONSULTA DE LA MATRONA

ALEJANDRA DE LA VEGA DE LA RIVA

1 Introducción

La OMS define la lactancia materna como la forma óptima de alimentar a los bebés, ofreciéndoles los nutrientes que necesitan en el equilibrio adecuado, así como ofreciendo protección contra las enfermedades. Además la lactancia materna tiene múltiples beneficios para madre y recién nacido.

De forma general la lactancia materna se instaura sin complicaciones pero en algunos casos aparecen dificultades, que deben ser abordadas por los profesionales de la salud para fomentar la continuidad de la lactancia.

Aunque esta forma de alimentación es común de todos los mamíferos, para la mujer no constituye una conducta instintiva, sino que es un proceso que requiere de práctica y aprendizaje.

La anquiloglosia es una afección por la que la movilidad de la lengua se encuentra disminuida debido a un frenillo lingual corto o restrictivo, su incidencia es variable, y se estima que entre el 0,6 y el 12% de los recién nacidos tendrán esta condición.

Entre los problemas que ocasiona en el recién nacido encontramos: regurgitación, cólicos, irritabilidad, meteorismo, estreñimiento, dificultad para succionar, difi-

cultad para tragar, atragantamientos frecuentes, cansancio rápido al pecho, bajo peso, ictericia...

Entre los problemas de la madre encontramos: grietas, mastitis, obstrucciones de repetición, hipogalactia, hipergalactia...

Con todo lo dicho anteriormente queda patente que es una afección que condiciona la evolución de la lactancia y si no se soluciona a tiempo podría provocar interferencias que acaban de forma prematura con esta forma de alimentación.

2 Objetivos

- Determinar cómo afecta la anquiloglosia en la lactancia materna
- Conocer las principales líneas de actuación para conseguir una lactancia materna satisfactoria

3 Caso clínico

Caso clínico:

- Consulta 1:

Puerpera en día 5 postparto que acude a consulta por dolor durante las tomas. 41 años de edad. Sin antecedentes de interés. FO: 1001.

Embarazo de riesgo por preeclampsia que termina en la semana 38 con un parto eutócico tras una inducción con oxitocina.

RN: APGAR 8/9, peso: 3800, inicia lactancia materna en la segunda hora de vida. Pérdida de peso del 10% en la primera semana de vida. Inicia suplementos al 4 día por indicación pediatra. Suplementa con 20cc de LA tras cada toma mediante técnica dedo jeringa.

RN dormido no se puede valorar toma.

Exploración física: hoy aumento de peso 10 g. Exploración boca: anquiloglosia frenillo tipo $\frac{3}{4}$. Se observa torticollis que restringe el movimiento de cuello hacia el lado izquierdo.

Se refuerza conocimientos sobre lactancia materna en cuanto a la colocación y agarre correcto:

Posturas en las que se consigue una mayor apertura de la boca (rugby, caballito y cuna invertida). Rotar estas posturas para cambiar la zona de presión.

Se refuerzan conocimientos sobre cuidados del pezón.

Dejará de usar lanolina, higiene normal, mantener la zona al aire y evitar rozos, vea oleo después de las tomas.

Se aconseja acudir a fisioterapeuta especialista en anquiloglosia para tratar.

- Consulta 2:

Acude a consulta a los 10 días: grietas curadas, tomas no dolorosas, precisa suplementar algunas tomas.

Valoración anquiloglosia mayor movilidad pero la succión continua siendo masticatoria.

Se indica frenectomía.

- Consulta 3:

Vuelve a consulta a los 20 días.

Frenectomía realizada hace 8 días.

Paciente afirma haber notado subida de la leche al día siguiente de frenectomía.

Valoración toma: agarre profundo con succión rítmica y vigorosa. Tomas no dolorosas. El RN no precisa suplementación y el incremento de peso es adecuado. RN menos irritable.

Con el análisis de la evidencia científica podemos afirmar que: existe un infradiagnóstico en los casos de anquiloglosia, principalmente por falta de formación, porque tiene una alternativa que solo parchea el problema (lactancia artificial/mixta).

Las intervenciones con mejores resultados en anquiloglosia se basan en: atención multidisciplinar.

Lo ideal es una atención que incluya un buen diagnóstico, tratamiento previo a la intervención (fisioterapia para liberar tensiones), buena técnica de frenectomía, y buena rehabilitación (educar a los padres en el masaje de la cicatriz) y revisión por parte de equipo fisioterapia/logopeda/matrona/ pediatra experto en anquiloglosia. Con dicha intervención se consigue una mejora significativa de las molestias propias de la anquiloglosia y se reducen las tasas de abandono de lactancia materna.

4 Discusión-Conclusión

Con el análisis de la evidencia científica podemos afirmar que: existe un infradiagnóstico en los casos de anquiloglosia, principalmente por falta de formación, porque tiene una alternativa que solo parchea el problema (lactancia artificial/mixta).

Las intervenciones con mejores resultados en anquiloglosia se basan en: atención multidisciplinar.

Lo ideal es una atención que incluya un buen diagnóstico, tratamiento previo a la intervención (fisioterapia para liberar tensiones), buena técnica de frenectomía, y buena rehabilitación (educar a los padres en el masaje de la cicatriz) y revisión por parte de equipo fisioterapia/logopeda/matrona/ pediatra experto en anquiloglosia. Con dicha intervención se consigue una mejora significativa de las molestias propias de la anquiloglosia y se reducen las tasas de abandono de lactancia materna.

En el caso que estamos analizando puede verse como con una intervención adecuada y en tiempo se consigue una mejora de la sintomatología total.

Al final el resultado de la intervención multidisciplinar es una LM satisfactoria para madre y bebé, además de un bebé más tranquilo.

5 Bibliografía

1. Organización Mundial de la Salud. (5 de mayo de 2019). Un informe sobre la salud pública.
2. National Institute for Health and Care Excellence (NICE). Division of ankyloglossia (tongue-tie) for Interventional procedures guidance 149. NICE. London; 2005 Dec.

Capítulo 125

ENFERMERÍA: FISIOLOGÍA DEL INTERCAMBIO GASEOSO

MARTA GARCIA VAZQUEZ

JUAN PABLO BORRERO REBOLLO

DIANA OUVIÑA ACEVEDO

1 Introducción

El intercambio gaseoso tiene una serie de patologías que se deben conocer al desarrollar la fisiología de este proceso:

Son las más frecuentes y las menos graves. Se producen por muchos agentes, tanto bacterianos como virales, y su curso suele ser autolimitado.

Según el órgano afectado reciben diferentes nombres: rinitis, sinusitis, faringitis, amigdalitis, laringitis, traqueítis, epiglotitis, bronquitis y bronquiolitis.

Otras son: gripe, neumonía y bronconeumonía.

» Neumonía

Inflamación del pulmón que afecta sobre todo a los alvéolos, causada generalmente por una infección debido a bacterias, virus u hongos. Una cuarta parte se debe a neumococos.

» Bronconeumonía

Inflamación de los bronquios debido a una infección. Se trata de una lesión secundaria que aparece generalmente como complicación de una enfermedad. A diferencia de la neumonía, no posee fases evolutivas. Su característica principal es la consolidación parcheada del pulmón. Se da especialmente en lactantes y ancianos.

» Tuberculosis (TBC)

Infección bacteriana contagiosa que compromete principalmente a los pulmones, pero puede propagarse a otros órganos. Se debe a la *Mycobacterium tuberculosis* (o bacilo de Koch), conocida antiguamente como tisis. La TBC se contagia por vía aérea; es decir, cuando las personas infectadas tosen, estornudan o escupen, puesto que expelen gotas microscópicas de saliva (gotas de Pflüge).

Los síntomas clásicos son la tos crónica, con esputo sanguinolento, fiebre, sudores nocturnos y pérdida de peso. El tratamiento se realiza con combinaciones de fármacos antituberculosos, con pautas de 6 meses de tratamiento: 2 en la primera fase y 4 en la segunda fase.

2 Objetivos

Conocer como personal sanitario diplomado universitario en enfermería que realiza sus funciones en un centro hospitalario cual es la fisiología del intercambio gaseoso

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

Tiene lugar en los alvéolos. El aire que hay en su interior se comunica con la sangre sin oxigenar, que circula por los capilares pulmonares a través de la membrana alvéolo- capilar. Este proceso se denomina difusión gaseosa (hematosis) y es pasivo, sin gasto energético. Se regula en función de las presiones parciales de los gases. La del O₂ es mayor en los alvéolos que en los capilares; así, el oxígeno entra en la sangre hasta que las presiones sean iguales. Por el contrario, el CO₂ tiene mayor presión parcial en los capilares y se difunde hacia los alvéolos hasta que estas presiones se igualan. De esta manera la sangre se enriquece en oxígeno y se empobrece en dióxido de carbono.

El transporte de gases se produce en el sistema circulatorio. La mayoría del O₂ va unido al hierro de la hemoglobina (Hb) formando la oxihemoglobina (HbO₂). En el caso del CO₂, la mayor parte de las moléculas o están disueltas en solución, o están involucradas en el equilibrio ácido carbónico-bicarbonato. La carbohemoglobina es una unión reversible y uno de los principales métodos de transporte para la eliminación del dióxido de carbono en los pulmones. Al final del trayecto, vuelve a producirse un intercambio de gases conocido como respiración tisular. El O₂ pasa de los capilares a las células y el CO₂ entra en los capilares por diferencia de presión. La sangre carboxigenada es transportada de regreso por los capilares venosos hasta las venas cavas, y de estas al corazón, para ser enviada de nuevo a los pulmones.

La carbohemoglobina (CO₂Hb) es una forma anormal de hemoglobina que se ha adherido al monóxido de carbono en lugar del oxígeno o el dióxido de carbono. Las cantidades altas impiden el movimiento normal de oxígeno a través de la sangre, pudiendo provocar la muerte de tejidos.

5 Discusión-Conclusión

se ha aprendido como personal sanitario diplomado universitario en enfermería que realiza sus funciones en un centro hospitalario cual es la fisiología del intercambio gaseoso.

Se ha especificado cuales son las diferentes patologías que se pueden producir en el intercambio gaseoso y también que el principal punto en el que tiene lugar el intercambio gaseoso se produce en los alveolos ya que el aire que hay en su interior se comunica con la sangre sin oxigenar, que circula por los capilares pulmonares a través de la membrana alvéolo-capilar.

Además, que el transporte de gases tiene lugar en el sistema circulatorio.

6 Bibliografía

1. FISILOGIA RESPIRATORIA - Access medicina (2016) <https://accessmedicina.mhmedical.com/content.aspx?sectionid=162711645&bookid=2163#:text=El%20sistema%20respiratorio%20se%20divide,r%C3%A1pidos%20de%20difusi%C3%B3n%20de%20gas>.
2. SISTEMA RESPIRATORIO - Julia Reiriz Palacios (Noviembre 2014) <https://www.infermeravirtual.com/files/media/file/97/Sistema%20respiratorio.pdf?1358605430>

Capítulo 126

LA UTILIZACIÓN DE LA VIA INTRAÓSEA POR PARTE DE ENFERMERÍA. REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA

MONICA ALONSO ALONSO

MARÍA NIETO DE LA TORRE

1 Introducción

La vía intraósea como punto de acceso circulatorio en situaciones de urgencia y emergencia está tomando mucha importancia en los últimos años.

La rapidez de acceso, la distinta variedad de dispositivos de inserción y la cantidad de medicamentos que pueden infundirse, hacen de esta vía una opción adecuada para el manejo inicial de muchos tipos de pacientes.

La intraósea está avalada por: consejo Europeo Resucitación, American Heart Association, el Grupo Español de Reanimación Cardiopulmonar Pediátrica y Neonatal y el Protocolo ATLS (Advanced Trauma Life Support).

En situaciones críticas donde la vía periférica es inaccesible o la demora en conseguir un acceso periférico supone una pérdida de tiempo y de recursos, toma más importancia el acceso intraóseo en el ámbito de Emergencias extrahospitallarias. Numerosos estudios han constatado que es una técnica rápida, eficaz y muy versátil para la infusión de drogas, fluidos, derivados sanguíneos y para la toma de muestras que pueden facilitar datos bioquímicos. Los dispositivos son cómodos, pequeños y sencillos, lo que hace que se convierta en una vía cómoda y con escasas complicaciones.

Por todo ello, la vía intraósea se convierte en una opción a tener en cuenta por enfermería en los cuidados de pacientes en situación crítica.

2 Objetivos

El propósito de esta revisión bibliográfica es la de poner de manifiesto la creciente importancia del uso de la vía intraósea en el manejo del paciente crítico por enfermería en el campo de las emergencias.

Los objetivos específicos los hemos dividido en cuatro:

- Estructurar la evolución del uso de la vía intraósea a lo largo de la historia.
- Enumerar los distintos dispositivos de acceso y su técnica de inserción.
- Conocer las indicaciones, contraindicaciones y complicaciones de esta vía.
- Describir los cuidados de enfermería asociados a su uso

3 Metodología

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

4 Resultados

Indicaciones

La vía intraósea IO, está indicada, no sólo en situaciones de PCR sino en aquellas situaciones de riesgo vital en las que no es posible obtener una vía venosa periférica, como por ejemplo: shock, anafilaxia, grandes quemados, politraumatizados...

Las últimas recomendaciones del ERC (European Resuscitation Council) del año 2005 consideran la IO como la segunda opción después de la vía periférica y antes de la endotraqueal. También está recomendada por la AHA como clase II a en caso de PCR sin vía periférica.

En ATLS en sus protocolos recomienda la vía IO en todos los pacientes después del intento de la vía intravenosa y antes de intentar una vía central, tanto en niños como en adultos.

El Grupo Español de RCP Pediátrica y Neonatal la recomienda tras 3 intentos o 90 segundos de no haber conseguido una vía venosa periférica.

Contraindicaciones

Absolutas: fractura o traumatismo del hueso donde se puncione o hueso en el que se ha intentado una IO previamente.

Relativas: osteoporosis, osteopetrosis, infección, tumores óseos, celulitis o quemadura en el lugar de punción.

Lugares de Punción

En neonatos y menores de 6 años:

- Tibia proximal: línea media cara antero interna tibial, 1-3 cm por debajo de tuberosidad tibial. Ángulo de inserción: a 90 ° o ligeramente caudal.
- Fémur distal: 2-3 cm del cóndilo externo.
- Otros lugares alternativos: tibia distal, cresta ilíaca, trocánter mayor.

En mayores de 6 años y adultos:

- Tibia distal: entre 1 y 2 cm por encima del maléolo interno, evitando la vena safena. También puede emplearse el maléolo externo.
- Cresta ilíaca: cara inferior espina ilíaca, con paciente en decúbito lateral.
- Esternón: 2-3° espacio intercostal, a 1 cm a lateral a la línea media esternal, solo destinado para dispositivo FAST, y actualmente esta localización está considerada no recomendada con otros dispositivos por el riesgo de lesión de estructuras del mediastino, además interfiere con masaje cardíaco.
- Otras localizaciones menos frecuentes: calcáneo, metáfisis distal del radio, apófisis estiloides cubital, extremo proximal clavicular, cabeza humeral.

Técnica

- Colocar al paciente en decúbito supino: pierna en rotación externa, semiflexionada y apoyada sobre una superficie dura colocada en hueso poplíteo.
- Desinfección amplia de la zona comprendida entre la mitad inferior de muslo y la mitad superior de la pierna.
- Localización del sitio de punción:
 - Tibia proximal (en recién nacidas y niños hasta 6 años): se encuentra en la superficie medial de la tibia, entre 1-3 cm por debajo de la tuberosidad anterior. Su inserción debe realizarse con una inclinación de la aguja 20-30 °, aunque algunos autores recomiendan un ángulo de 90° con respecto al eje de la pierna.
 - Tibia distal (a partir de 6 años y adultos): se encuentra a nivel de maléolo interno en su unión a la diáfisis tibial y por detrás de la safena externa. La inserción de la aguja debe tener una inclinación con dirección cefálica.
- Lavarse las manos.
- Colocarse los guantes y limpiar la piel con solución antiséptica.
- Si el paciente está consciente se anestesia localmente la zona a funcionar.

- La fuerza que debe aplicarse para insertar la aguja en la cavidad medular comparada con la aplicada en otras técnicas de acceso venoso, resulta considerable para poder traspasar la placa ósea y debe realizarse mediante movimientos rotatorios en el mismo sentido en el caso de aguja de rosca y mediante movimientos semirrotativos con cambio de sentido de giro en el caso de tratarse de agujas que no dispongas de rosca o tornillo.
- Una vez que se percibe la desaparición de la resistencia a la introducción, se retirará el estilete y efectuaremos una aspiración mediante jeringa que contenga suero salino al 0,9%. Sabremos que es el lugar cuando:
 - Ha cesado la sensación de resistencia.
 - La aguja se sostiene inmóvil firmemente.
 - Se aspira material medular con la jeringa (sangre o médula ósea).
 - Ausencia de extravasación en tejidos colindantes tras inyectar lentamente 2-3 ml de suero salino.
 - Ausencia de resistencia a la inyección rápida de 10 ml de suero salino.
- Conexión al sistema de percusión con alargadera y llave de tres vías, fijando el sistema a la piel.

Dispositivos utilizados

* Manuales: dentro de este grupos, se distinguen agujas y JAMSHIDI ,FAST1 y COOK . El dispositivo FAST1 está especialmente indicado para la punción esternal, cuenta con diferentes calibres de aguja según la edad del paciente y está recomendado en situaciones en las que las condiciones ambientales son desfavorables para la canalización de acceso periférico.

*De colocación mediante disparo: Pistola de infusión intrósea o Bone injection Gun (B16). Es mucho más cómoda ya que sólo hay que accionar el gatillo para que el catéter se inserte en la médula ósea con una técnica estéril.

* De colocación mediante taladro: Taladro EZ-IO.(VIDACARE) Inserte el catéter en la médula ósea con un movimiento giratorio. Es una aguja-broca estéril con un catéter, que conecta a un taladro recargable y que introduce la aguja en el canal medular. El taladro es de una sola pieza de policarbonato y dispone de un gatillo con un dispositivo de seguridad. Las agujas son de un grosor único de 15G con diferente longitudes. Este dispositivo permite inserciones en hueso donde el acceso al paciente es difícil. Para su inserción no hay que hacer mucha presión, por lo que su dificultad es mínima, y es preferida frente a otros dispositivos en estudios comparativos. Es un dispositivo versátil, porque utilizando las referencias anatómicas permite llegar rápidamente a la cavidad medular con el trócar.

Le confiere más estabilidad a la aguja una vez insertada (97%) frente a la estabilidad con otros dispositivos. El tiempo empleado es de menos de 10 segundos.

Es pequeño y de elevado coste, pero recargable para 1000 usos. Su versatilidad y su tiempo de inserción, le hacen preferible frente al resto de dispositivos en el ámbito de las emergencias extrahospitalarias.

Complicaciones

- Histológicas: se puede producir hipocelularidad con enema celular y adelgazamiento del periostio en los casos de administración de soluciones hipertónicas. En cualquier caso la suspensión en la administración de estas soluciones sería suficiente para la regresión de los síntomas y en un tiempo relativamente corto la médula se regeneraría.

- Infecciosas:

- Celulitis.

- Abscesos cutáneos.

- Osteomielitis. La frecuencia de aparición aumenta con el tiempo de permanencia de la vía.

- Embolismos (embolia grasa).

- Mecánicas:

- Infiltración subcutánea (extravasación) debido a la mala colocación de la aguja. Esta complicación puede derivar en síndrome compartimental o necrosis de la piel. Estas complicaciones aumentan con la percusión de líquidos a presión.

- Fracturas óseas: tras varias tentativas de colocación.

- La perforación completa del hueso.

- Lesiones de los grandes vasos del corazón en el caso de colocación a nivel esternal.

- Punción articular.

La correcta elección del dispositivo, una técnica adecuada y el posterior control radiológico así como la detección precoz del síndrome compartimental, son medidas recomendadas para evitar la aparición de complicaciones.

Cuidados de enfermería

- Al tratarse de un acceso a la circulación sanguínea, los cuidados de enfermería que se proporcionan a aquellos pacientes que posean una vía intraósea, serán similares a los que se aplicarían en el caso de un acceso venoso periférico.

- Es importante controlar las características de sangrado, temperatura, coloración, pulsos distales, tamaño del miembro y dolor (si el paciente se encuentra consciente) alrededor de la zona de punción indicativos de posible infección local.

- No se recomienda un apósito oclusivo del punto ya que favorece la maceración de la piel y la contaminación, a no ser el apósito que recomienda el fabricante de algunos dispositivos.

- Mantener una adecuada inmovilización del miembro donde esté insertada la vía.

- Al tratarse de una vía de urgencia para la estabilización del paciente, su uso no está recomendado más de 24 horas como norma general, aunque algunos dispositivos (FAST1) , pueden alargar su uso hasta las 72 horas. En cualquier caso es necesario canalizar una vía alternativa al acceso intraóseo ya que el uso prolongado del mismo aumenta la posibilidad de complicaciones asociadas.
- Para retirar la vía intraósea, es necesario aplicar antiséptico antes de la extracción del catéter, y presionar durante 5 minutos con una gasa estéril.
- Es importante la observación de la zona de punción en las horas siguientes a su retirada.
- Registrar en la historia: la fecha, hora de inserción, tipo de catéter, lugar de inserción y medicación administrada.

Por tanto, podemos concluir que:

La vía intraósea constituye una vía de acceso rápida, fácil y eficaz al sistema vascular. Su utilidad está indicada cuando, en situaciones de extrema urgencia, se tarda mucho en canalizar una vía periférica.

La zona más adecuada para su inserción es la porción proximal y porción distal de la tibia. Permite la administración de líquidos, electrolitos y fármacos comparable a la vía venosa. Las complicaciones son escasas, siendo la más grave el síndrome compartimental.

Además de ser una vía alternativa para la perfusión de sustancias y fármacos en el torrente circulatorio, sirve como lugar de acceso al sistema vascular para la toma de muestras con fines de estudios de laboratorio.

Las complicaciones suelen ser raras y las contraindicaciones escasas.

5 Discusión-Conclusión

La vía intraósea permite canalizar una vía de administración de fármacos directamente a la cavidad medular del interior del hueso. Esta técnica puede ser utilizada en situaciones de emergencia y no emergencia, predominando en el ámbito pre-hospitalario, con pacientes críticos, cuando no se ha conseguido un acceso venoso periférico en 3 intentos o 90 segundos.

Es una técnica rápida y segura que no necesita más de 60 segundos para su correcta colocación. Los fármacos y líquidos llegan a la circulación general con una rapidez similar a como harían a través de una vía periférica.

Es una vía temporal hasta que se consiga un acceso venoso periférico permeable. Las últimas actualizaciones declaran esta vía como sustituta a la endotraqueal de uso tanto en niños como en adultos. El conocimiento de esta vía y de su técnica por parte del personal de enfermería mejoraría la atención y disminuiría la

morbimortalidad de un alto número de pacientes.

Por todo ello, la vía intraósea es una opción muy válida y a tener en cuenta en el tratamiento del paciente en situaciones de urgencias y emergencias.

6 Bibliografía

- Drinker CK, Drinker KR, Luna CC. The circulation in the mammalian bone marrow. *Am J Physiol* 1922; 62:1-92.
- Durán Hoyos, R.; Ibarretxe Marcos, J.R.; Gil Martín, F.J., Pérez Ordóñez, A. La vía intraósea y enfermería. *Revista Rol de Enfermería* 2004; 27 (5): 344-348.
- Parra Vázquez F.J.; Domínguez Morales J.; Ayuso Baptista F; De Castro García S.
; Vázquez Martínez F. A. Infusión Intraósea: Una alternativa Medicina Intensiva (Med. Intensiva) 1999, Vol 23, No4, Pp. 167-173.
- Rodríguez F. La vía intraósea ¿Cuánto sabes de ella?. *Hablemos de enfermería*. 2015. Nov
- García N. Cepeda J. *Revista de enfermería de Castilla y León*. N1, v2 2009 (48-54).
- Cañada L. El uso de la vía intraósea en las emergencias. *Facultad ciencias de laSalud Jaén*. Mayo 2014.

Capítulo 127

ENFERMERIA: EL PACIENTE TRAQUEOSTOMIZADO

JUAN PABLO BORRERO REBOLLO

DIANA OUVIÑA ACEVEDO

MARTA GARCIA VAZQUEZ

1 Introducción

Traqueotomía

Incisión de la tráquea para extraer cuerpos extraños, tratar lesiones locales u obtener muestras para biopsias.

Traqueostomía

Comunicación de la tráquea con el exterior por medio de un tubo o cánula para facilitar el paso del aire a los pulmones. Puede ser temporal o permanente. Normalmente se usa cuando no se puede intubar. El orificio, denominado estoma, debe limpiarse al menos una vez al día con suero fisiológico y povidona yodada. La vía aérea interrumpe las funciones de filtración, humidificación y calentamiento de los gases inspirados. Por eso, hay que tomar medidas como el uso de e filtros y humidificadores

Ayuda en la realización de la traqueostomía

1. Explicar el procedimiento al paciente antes de dormirle.
2. Colocarle un rodillo bajo los hombros para hiperextender el cuello.
3. Lavarse las manos y colocarse bata, mascarilla y guantes estériles. Ayudar a ponérselos al personal facultativo.

4. Limpiar la zona con solución antiséptica, desde la barbilla hasta por debajo de la clavícula y lateralmente hasta las orejas.
5. Colaborar con el médico y la enfermera en la realización de la técnica.
6. Una vez colocada la cánula, fijarla al cuello del paciente mediante una cinta.
7. Cubrir los bordes de la traqueostomía con gasas estériles y mantenerlas secas cambiándolas cada vez que sea necesario.
8. Ayudar en la instrumentación de la aspiración de secreciones traqueales.
9. Si el paciente no está conectado a un respirador, adaptar en el extremo de la cánula un humidificador para minimizar las pérdidas de agua.
10. Acomodarle observando su estado respiratorio, recoger el material y lavarse las manos.
11. Anotar la técnica, observaciones y estado respiratorio del paciente en la hoja de enfermería.

2 Objetivos

Conocer como personal sanitario diplomado universitario en enfermería que realiza sus funciones en un centro hospitalario en que consiste una traqueostomía y cuales son sus cuidados basicos.

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

Mantenimiento y cuidados del paciente con cánula de traqueostomía

- Vigilar los desplazamientos de la cánula.
- Evitar la infección limpiando la herida con suero salino y antiséptico.
- En caso de obstrucción de la cánula por moco, coágulo o sangre, avisar rápidamente.

- Si procede el cambio de cánula, tener a mano el carro de parada y el equipo de intubación endotraqueal.
- Observar la permeabilidad.
- Mantener la higiene bucofaríngea.
- Procurar el buen funcionamiento del humidificador y los filtros.
- Proteger con vaselina la sequedad de los labios.

» Aspiración de secreciones por cánula de traqueostomía y tubo endotraqueal
La realiza el enfermero o enfermera, como norma general, cada 6 horas. El auxiliar ayuda y colabora con la ventilación.

1. Explicar el procedimiento al paciente.
2. Lavarse las manos y colocarse los guantes. Proporcionarle guantes estériles a la enfermera.
3. Colocar al paciente en posición de Fowler, si no existen contraindicaciones.
4. Preparar el sistema de aspiración ajustando la presión de aspiración a no más de 100 mmHg.
5. Preparar las sondas cuidando que no se contaminen.
6. Conectar el ventilador manual (ambú) al sistema de oxígeno y preparar el sistema de vacío.
7. Si el paciente está conectado al ventilador o sistema de administración de oxígeno, desconectar el tubo o cánula de traqueostomía y cubrirlo con gasas estériles para mantener la asepsia.
8. En el caso de cánulas definitivas, retirar el tubo interno de la cánula de traqueostomía e introducirlo en una solución antiséptica.
9. Insuflar con el ambú dos o tres veces antes de la aspiración para movilizar las secreciones e hiperoxigenar al paciente.
10. Cuando la enfermera esté preparada para introducir la sonda de aspiración (sin succión), desconectar el ventilador manual y sujetar firmemente el tubo endotraqueal o cánula de traqueostomía durante la aspiración, para evitar que el tubo se movilece y penetre o se salga más de lo debido.
11. Introducir tantas sondas como sean necesarias utilizando la ventilación manual entre cada aspiración.
12. Después de la última aspiración, volver a la ventilación manual con ambú para reoxigenar al paciente y volver a expandir los alvéolos que se hayan podido colapsar.
13. Conectar de nuevo el sistema de oxigenación o ventilación del paciente.
14. Limpiar los tubos del sistema, aspirando solución antiséptica a través de él.
15. Recoger el material y acomodar al paciente.
16. Quitarse los guantes y lavarse las manos.

17. Anotar las características y volumen de las secreciones.

5 Discusión-Conclusión

Se ha aprendido como personal sanitario diplomado universitario en enfermería que realiza sus funciones en un centro hospitalario en que consiste una traqueostomía y cuales son sus cuidados básicos.

Sabemos que la traqueotomía es una Incisión de la tráquea para extraer cuerpos extraños, tratar lesiones locales u obtener muestras para biopsias.

Traqueostomía

Comunicación de la tráquea con el exterior por medio de un tubo o cánula para facilitar el paso del aire a los pulmones. Puede ser temporal o permanente. Normalmente se usa cuando no se puede intubar. El orificio, denominado estoma, debe limpiarse al menos una vez al día con suero fisiológico y povidona yodada.

6 Bibliografía

1. TRAQUEOTOMIA - Jesse Borke (2 de Diciembre 2021) <https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/002955.htm#:text=Es%20un%20procedimiento%20quir%C3%BArgico%20para,de%20traqueotom%C3%ADa%20o%20sonda%20traqueal>.
2. TRAQUEOSTOMIA - Sociedad Americana contra el Cancer (octubre 16, 2019) <https://www.cancer.org/es/tratamiento/tratamientos-y-efectos-sekundarios/tipos-de-tratamiento/cirugia/ostomias/traqueotomia/que-es-una-traqueotomia.html>

Capítulo 128

LA DIABETES EN NIÑOS Y ADOLESCENTES: POSIBLES CAUSAS Y CONSECUENCIAS

MARÍA JOSÉ QUINTANA BARRETO

1 Introducción

En los últimos 10 a 20 años la prevalencia de la diabetes militus se ha incrementado de manera importante. La diabetes es una de las enfermedades crónicas mas común, la diabetes militus tipo 1 (diabetes juvenil) o autoinmune, representa mas del 95 % de los casos entre niños y adolescentes. En este tipo de diabetes, el páncreas no genera insulina, que es la hormona que ayuda a que las células tengan glucosa, sin la insulina se queda demasiada azúcar en la sangre.

Hoy en día más personas jóvenes tienen diabetes tipo 2, también llamada diabetes de adultos, en este tipo de diabetes el cuerpo no produce o no utiliza la insulina adecuadamente y se suele producir por un mayor sobrepeso u obesidad.

Los niños tienen mayor riesgo de padecer esta enfermedad si tienen sobrepeso, obesidad, no hacen ejercicio o tienen antecedentes familiares.

Los niños y adolescentes con diabetes tipo 1 pueden necesitar insulina, los que tengan diabetes tipo 2 se les puede controlar con dieta y ejercicio, si no fuese suficiente, con medicación o insulina.

Así debería funcionar:

1. Comes.
2. La glucosa que obtienes de los alimentos que ingieres entra en el torrente sanguíneo.
3. El páncreas fabrica una hormona llamada insulina.

4. La insulina ayuda a que la glucosa entre en las células del cuerpo.

5. Tu cuerpo obtiene la energía necesaria.

Existen diferentes tipos de diabetes y se generan por diversos motivos que explicaremos a continuación.

2 Objetivos

- Explicar en que consiste la enfermedad de diabetes y qué tipos existen.
- Exponer factores que predisponen a esta enfermedad, así como medidas preventivas.

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, artículos y paginas web que versan sobre la diabetes, tipos de diabetes, causas y consecuencias de esta, cómo prevenirla y pautas a seguir para su control y mejora de la calidad de vida de la persona afectada.

4 Resultados

La diabetes es una enfermedad crónica, consiste en que el organismo no puede regular la cantidad de azúcar en la sangre.

La insulina es una hormona producida por el páncreas encargada de controlar el azúcar en la sangre.

La diabetes puede ser causada por poca producción de insulina, resistencia a la insulina o ambas.

Es importante entender el proceso por el cual los alimentos se transforman y se emplean para obtener energía:

- El azúcar, llamado glucosa, entra en el torrente sanguíneo, ésta es una fuente de energía para el cuerpo.
- El páncreas produce insulina, ésta transporta la glucosa del torrente sanguíneo hasta los músculos, la grasa y otras células donde la almacena o la utiliza como fuente de energía.

Las personas con diabetes tienen un nivel alto de azúcar en sangre debido a que su cuerpo no puede movilizar el azúcar hasta el músculo o células para quemarlas

como energía, o que el hígado produce demasiada glucosa y la secreta en la sangre. Esto se debe a que el páncreas no produce suficiente insulina, o las células no responden con normalidad a la insulina o ambas razones.

Existen dos tipos principales de diabetes:

- Diabetes tipo 1: se diagnostica con mas frecuencia en niños, adolescentes o adultos jóvenes, en esta enfermedad el páncreas no genera suficiente insulina y las células dejan de trabajar y se necesitan inyecciones diarias de insulina. Las causas todavía se desconocen.
- Diabetes tipo 2: es más común y casi siempre se diagnostica en personas adultas, actualmente con mas frecuencia en niños y adolescentes debido al sobrepeso y la obesidad. En este tipo de diabetes el cuerpo es resistente a la insulina y no la utiliza eficazmente, no todas las personas con este tipo de diabetes son obesas o tienen sobrepeso.

Existen otros tipos de diabetes como la gestacional, esta no es ni de tipo 1 ni de tipo 2 y se presenta en cualquier etapa del embarazo.

Por lo general tanto en niños como adultos, las personas mas propensas a sufrir esta enfermedad son:

- Tener prediabetes (niveles altos de azúcar en sangre, pero no lo suficiente como para llamarlo diabetes).
- Tener sobrepeso u obesidad.
- Haber tenido diabetes gestacional.
- Tener mas de 45 años.
- Tener familiares con diabetes.
- Tener presión arterial alta.
- Llevar un estilo de vida inactivo.
- Depresión.
- Sufrir de enfermedades cardiovasculares.
- Tener el síndrome del ovario poliquístico.
- Ser fumador o fumadora.
- Tener colesterol.

Para prevenir o retrasar la diabetes es necesario:

- Perder peso y mantenerlo, esto es una parte muy importante si padece sobrepeso u obesidad.
- Seguir un plan de alimentación saludable, importante reducir la cantidad de calorías que se consume al día, su dieta debe incluir porciones mas pequeñas y con menos grasas y azúcares, debe incluir en la dieta cereales, fruta, verdura y beber mucha agua, también debe limitar el consumo de carnes rojas y de alimentos

procesados.

- Hacer ejercicio con regularidad, hacer que participe toda la familia incluidos los niños, esto ayudara a perder peso y a bajar los niveles de glucosa en sangre, con 30 minutos al día es suficiente.
- No fumar, esto puede incrementar la resistencia a la insulina.
- Hablar con el medico para saber si hay algo mas que pueda hacer para prevenir o mejorar su calidad de vida.

Recordar que los niños aprenden de lo que ven a diario, por eso es preciso que toda la familia esté implicada bien en mejorar los hábitos alimenticios, el ejercicio físico, las horas de sueño, etc.

5 Discusión-Conclusión

Esta es una enfermedad que va en aumento principalmente entre niños y adolescentes, para poder atajarla o prevenirla, todos debemos estar implicados, los padres, tutores o profesores pueden ayudar a los niños y a sí mismos en este problema cada vez mas creciente.

Debemos implicarnos en inculcarles a los niños hábitos de vida saludables como comer más frutas y verduras, beber mucha agua, reducir los dulces y las grasas, mantenerse físicamente activos, reducir el tiempo frente a pantallas, dormir lo suficiente por las noches, todas estas actitudes serán beneficiosas para todos en general.

El objetivo de los niños con sobrepeso es reducir el incremento del mismo, permitiendo un desarrollo normal. Los niños deben seguir una dieta para bajar de peso sin olvidar consultar a su médico con anterioridad.

Para poder ayudar a nuestros niños, debemos dar ejemplo y estar concienciados del riesgo que supone un estilo de vida no saludable y así ayudarnos a nosotros mismos a elegir lo mejor para nuestras familias.

6 Bibliografía

1. Diabetes en niños y adolescentes. Disponible en <https://medlineplus.gov/spanish/diabetesinchildrenandteens.html>.
2. Síntomas y causas de la diabetes. Disponible en <https://www.niddk.nih.gov/health-information/informacion-de-la-salud/diabetes/informacion-general/sintomas-causas>.
3. ¿Es posible prevenir la diabetes? Disponible en <https://kidshealth.org/es/kids/prevention.html>.

Capítulo 129

EL TÉCNICO DE CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN LAS TAREAS DE PREVENCIÓN DE RIESGOS LABORALES:

MARÍA DEL PILAR ROMERO GONZALEZ

ALBA ARNÉS MUELA

MARIA DE LAS MERCEDES MARTÍNEZ SÁNCHEZ

1 Introducción

Desde la antigüedad, el ser humano ha tenido que trabajar para poder tener cubiertas las necesidades básicas y conseguir interactuar, para adquirir plena integración en la sociedad y sentirse equilibrado consigo mismo. Hay una estrecha relación entre trabajo y salud. Otro de los motivos para trabajar, es que por medio de este acto, tenemos acceso a atención médica y así conseguimos no tener una pérdida de salud.

Por otro lado, el exceso de trabajo, las malas condiciones laborales, la precariedad de los salarios, etc., puede llevar a la persona a perder la salud. Para muchos expertos, el padre de la medicina del trabajo, fue el Italiano: Bernardino Ramazini (1633-1714), sus estudios de las enfermedades profesionales y las medidas de protección para los trabajadores, proporcionó y alentó a buscar una forma para tener seguridad en la industria y con ello crear leyes para los accidentes laborales.

En España en materia de Prevención de Riesgos Laborales es la: ley 31/1995, de 8 de Noviembre.

La higiene en el trabajo, se utiliza para usar una serie de técnicas que, juntas, ayudan a evitar las enfermedades laborales. Se hacen estudios para analizar las condiciones de trabajo, valorar los datos del estudio, imponer medidas para corregir los errores, etc. Entre las técnicas podemos destacar:

- Higiene teórica: se utiliza para el análisis del agente nocivo y la dosis de exposición y como se reproduce en el organismo.
- Higiene analítica: calidad y cantidad de agentes nocivos.
- Higiene de campo: por medio de los resultados de la higiene analítica y del medio en el que se trabaja.
- Higiene operativa: solucionar los problemas y tratar de eliminar todo riesgo.

Hay dos tipos de Patologías creadas por la actividad laboral: enfermedad profesional y accidente de trabajo.

1. La enfermedad profesional: es causada de una manera directa por la profesión o el trabajo que realiza una persona por cuenta ajena o propia y que le puede causar incapacidad o incluso la muerte, exposición a elementos, sustancias, etc. Por ejemplo: Lumbalgias, diversos tipos de cáncer, por ejemplo por amianto: (mineral que en forma de polvo es cancerígeno por contener fibras flexibles, brillantes y suaves con un alto grado de resistencia ante la combustión).

2. El accidente de trabajo: como su propio nombre indica, es todo acontecimiento que suponga una lesión corporal al trabajador en su puesto de trabajo y como consecuencia de este. Pueden ser lesiones funcionales o corporales, permanentes o temporales. Está incluido el tiempo que el trabajador emplea en ir y venir a su puesto de trabajo. Las enfermedades que sean por la realización de dicho trabajo, como consecuencia de la realización de las tareas llevadas a cabo, Las enfermedades que ya padecía el trabajador y que se agravan y todas las lesiones que se puedan sufrir durante el tiempo de trabajo por cuenta ajena.

Los Técnicos en Cuidados Auxiliares de Enfermería estamos expuestos por ser Profesionales Sanitarios, a riesgos para la salud, ya sean: biológicos, químicos, posturales, físicos, psicológicos, etc.

Los biológicos como las bacterias, virus, parásitos, esporas, agentes infecciosos, toxinas, etc.

Los físicos como vibraciones, ruidos, radiaciones, etc.

Los químicos como el óxido de etileno, alcoholes, formaldehído, glutaraldehído, mercurio, residuos sanitarios, amianto, etc.

Los psicológicos como la Fatiga, la carga mental, síndrome de burnout, estrés, etc.

Los posturales como el exceso de carga o el manejo de grúas y similares.

2 Objetivos

Objetivo principal:

- Conocer las responsabilidades y las actuaciones del TCAE en la prevención de Riesgos Laborales para poder ejercer el trabajo de la forma más adecuada para no sufrir determinados problemas tanto físicos como psicológicos que puedan mermar su actuación.

Objetivos secundarios:

- Identificar y ayudar a establecer protocolos de actuación para todo el personal sanitario, siempre bajo la supervisión del personal enfermero y del facultativo y establecer las medidas oportunas que puedan variar los resultados.
- Obtener la información necesario sobre el puesto de trabajo, para poder tomar las medidas de protección necesarias a dicho puesto. Uso de EPI (Equipos de Protección Individual), etc.

3 Metodología

Para la realización de este capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica de la literatura científica existente en las bases de datos de Pubmed, Google Académico, Protocolos y Guías de Prácticas Clínicas. Se ha realizado búsqueda sistemática del libro: Temario volumen 2 del libro MAD para la categoría de Personal Laboral (Auxiliar de Enfermería) de la Administración de la Junta de Comunidades de Castilla-La Mancha, publicado en el DOCM nº 47, de 10 de marzo de 2021. También artículos relacionados con la Enfermedad Profesional y el Accidente de trabajo de las bases de datos antes mencionadas.

Palabras clave utilizadas: técnico, tareas, prevención, riesgos, laborales, cuidados, enfermería, enfermedad, accidente y auxiliar.

4 Resultados

Para que la maquinaria de un reloj funcione, todas las piezas han de encajar a la perfección, sirviendo unas a las otras como soporte. Pues en el trabajo, ocurre algo parecido, ya que no solo depende de lo que el trabajador haga, hay más factores que son determinantes para que se pueda producir un accidente o una enfermedad. Las condiciones Físico-Ambientales pueden influir de manera positiva o negativa dependiendo de las circunstancias. La composición de los materiales,

los espacios y dependencias han de ser estudiadas. No solo se tendrán en cuenta los sistemas de producción, sino también a las necesidades de los trabajadores, el número, las vías de acceso, salidas de emergencia, distribución de las estancias, equipamientos, etc.

La aireación en la actualidad se usan sobre todo sistemas de ventilación. Pueden ser de forma natural, mecánica y aire acondicionado. Cuando en alguna industria los olores son muy desagradables, se utilizan medios de absorción por carbón activo.

Los sonidos también son un factor que hay que tener en cuenta. La contaminación acústica puede acarrear problemas de salud a los trabajadores que están mucho tiempo expuestos a estos sonidos. La normativa actual sitúa en 85 dB para una exposición de 40 horas semanales como máximo. A partir de 90 dB ya es considerado peligroso. En los Hospitales lo recomendable es: 25 dB. Se establece un límite de 65 dB el día y 55 dB por la noche.

La Iluminación, la más recomendable, es la natural, pero varía según la hora. La directa artificial es 90-100 % del flujo de la luz y se dirige hacia abajo y el 0-10 % hacia arriba. Hay unos niveles mínimos estipulados.

Las Vibraciones que se transmiten directa o indirectamente al trabajador pueden producir lesiones, por ejemplo en las manos, lesiones vasculares, musculares, nerviosas como las mialgias y parestesias, etc.

Las radiaciones: producidas por una fuente o centro emisor, son los factores de riesgo físico. pueden ser electromagnéticas (en forma de ondas), rayos x, rayos infrarrojos, etc., y las radiaciones corpusculares (partículas electrizadas), rayos alfa, rayos beta, etc., la exposición a estas radiaciones puede tener efectos peligrosos sobre la salud a nivel de la piel y faneras (anejos de la piel), ojos, aparato reproductor, órganos hematopoyéticos, etc.

Para la Prevención de Riesgos Laborales hay unas Precauciones Universales. La sangre y los fluidos corporales deben manipularse siempre como potencialmente infecciosos. Para ello, el Personal Laboral debe estar bien informado por medio del Servicio de Prevención de Riesgos laborales de la empresa de los procedimientos a seguir dependiendo del tipo de trabajo que se lleve a cabo.

Entre las Precauciones Universales se encuentran: Vacunación del personal sanitario, Normas de Higiene Personal como el lavado de manos continuo, cubrir las heridas con apósitos, utilización de (EPI), manipulación de objetos punzantes con extremo cuidado siendo responsables de la eliminación de estos en los contenedores amarillos habilitados para ello , desinfección y esterilización de instrumental y superficies, no beber ni comer en el área de trabajo, etc.

Los TCAE han de utilizar los elementos de barrera para la manipulación del in-

strumental, cuando va a realizar alguna tarea sobre el paciente y cuando va a tocar material infeccioso. Los elementos de protección más usados son:

- Guantes: cuando entre en contacto con piel no intacta o mucosas para la protección de sus propias heridas, como cortes, abrasiones, etc. cuando manipule sangre o fluidos corporales, etc.
- Batas: situaciones con contacto de sangre o fluidos corporales.
- Mascarillas y Gafas: las primeras protegen de diferentes patógenos que se encuentran en el aire y que pueden provocar infección y las segundas se utilizan para protegerse de salpicaduras de sangre o de otros fluidos.

La Desinfección ha de hacerse de forma correcta, respetando las indicaciones de los productos y los tiempos pautados. Deben estar etiquetados adecuadamente según la normativa (RD 1978/1993, RD 363/1995 y RD 1893/1996), tanto si son prefabricados como de preparación propia.

La Esterilización es la destrucción de todos los microorganismos, incluidas las esporas. Es un proceso de destrucción de todas las formas de vida en un objeto o material. Puede producirse por calor húmedo bajo presión (autoclave), calor seco (estufa poupinel), radiaciones ionizantes (destrucción celular), esterilización por vapores químicos (óxido de etileno, formaldehído).

El TCAE por su profesión sufre muchos riesgos derivados de la manipulación de carga. La carga es cualquier objeto que pueda ser movido.

5 Discusión-Conclusión

Todo el conjunto de factores, tanto estructurales como humanos, han de trabajar unidos, de manera que todo fluya y se puedan extremar las precauciones para evitar en la medida de lo posible las enfermedades profesionales y los accidentes de trabajo.

El TCAE junto con el Equipo Multidisciplinar debe seguir una serie de pautas para una mayor eficacia tanto a nivel personal como profesional.

Deben identificar los riesgos, sobre todo a nivel empresarial, ya que la empresa está obligada a valorar la situación de riesgo de sus trabajadores no solo teniendo en cuenta la cualificación profesional, debe tener en cuenta también el grado de exposición. Mejorar los procedimientos de trabajo, incluyendo métodos seguros. Aislar el material altamente infeccioso, proporcionar los Equipos de Protección Individual, supervisar que las políticas de prevención se están llevando a cabo.

El TCAE tiene mucho riesgo derivado de manipulación de carga, incluido el traslado de personas, cargas de materiales que aunque se manejen por medios mecánicos como Grúas o similares, precisan de un esfuerzo para la acomodación

de los mismos. Las lesiones más frecuentes: cortes, heridas, contusiones, sobre todo en los miembros superiores y en la espalda (zona dorso lumbar), suelen tener larga y difícil solución y con ello incapacidad para elaborar su trabajo y la calidad de vida se ve afectada. Lo cual, en determinadas ocasiones, requiere de la acción de varios técnicos para evitar posibles lesiones y garantizar la seguridad de los pacientes.

6 Bibliografía

1. Libro MAD. “Editorial Mad” y “Eduforma”. Recursos para la Cualificación Profesional y el Empleo, S.L. Temario volumen 2. Categoría de Personal Laboral (Auxiliar de Enfermería) de la Administración de la Junta de Comunidades de Castilla la Mancha, publicado en el DOCM nº 47, de 10 de marzo de 2.021. ISBN: 978-84-142-0050-6.
2. Búsqueda en Google Académico, TCAE en aplicación de Riesgos Laborales.
3. <https://es.m.wikipedia.org>.
4. <https://enfermeriaactual.com>.

Capítulo 130

EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA Y EL RECIÉN NACIDO PREMATURO, PROCEDIMIENTOS RELACIONADOS CON SUS CUIDADOS

MARIA DE LAS MERCEDES MARTÍNEZ SÁNCHEZ

MARÍA DEL PILAR ROMERO GONZALEZ

ALBA ARNÉS MUELA

1 Introducción

El periodo neonatal comprende los primeros 28 días de vida, a través de parto o cesárea. Es una etapa especialmente delicada, en la que se contemplan muchos de los ajustes fisiológicos necesarios para la vida extrauterina.

Se denomina atención y cuidados iniciales, o inmediatos, del recién nacido a aquellos que se aplican inmediatamente después del nacimiento dentro del área del paritorio. El técnico auxiliar en cuidados de enfermería colabora con el resto del equipo sanitario en la prestación de todos los cuidados.

El recién nacido puede presentar aspectos importantes y diferentes según factores propios, factores de su madre o del propio periodo gestacional. Por otra parte, existen numerosos aspectos de su transformación derivados de la adaptación del neonato al nuevo entorno en el que se encuentra. Este periodo

de adaptación conlleva una serie de cambios, la mayoría predecibles, que establecen la norma del desarrollo y crecimiento infantil.

El recién nacido prematuro es pequeño, en general pesa menos de 2.500 gramos y tiende a tener la piel delgada, brillante, rosada y se puede visualizar bien sus venas en la piel. Tiene escasa grasa subcutánea, pelo o cartílago del pabellón auricular. Se observa reducción de la actividad espontánea y el tono, y los miembros no adoptan la posición en flexión típica de los recién nacidos de término.

Los 40 primeros días de vida, se pueden descubrir la mayoría de los defectos congénitos y genéticos. No todas las anomalías genéticas se manifiestan por su clínica en el momento del nacimiento, pero con el manejo adecuado, se puede descubrir, prevenir y tratar gran parte de las enfermedades del bebé.

Después del nacimiento, se llevan a cabo una serie de pruebas cuya función es determinar el estado de salud del recién nacido, diferenciando variantes de normalidad y fenómenos temporales de signos clínicos de enfermedades y se realizará un cribado para detectar, tratar y seguir a los neonatos de riesgo.

Debemos tener en cuenta que un neonato tiene características funcionales diferentes como es la temperatura, la frecuencia respiratoria, la presión arterial y la frecuencia cardíaca.

El periodo neonatal comprende las primeras cuatro semanas de la vida de un bebé. Es un tiempo donde los cambios en ellos son muy rápidos.

Aquí se presentan varias fases:

- Se establecen los patrones de alimentación.
- Se empiezan a formar los vínculos entre los padres y el bebé.
- El riesgo de infecciones puede volverse más grave.
- Se notan por primera vez muchos defectos congénitos o de nacimiento.

2 Objetivos

Objetivo principal:

- Conocer los procedimientos de los cuidados a realizar al recién nacido prematuro.

Objetivos secundarios:

- Conocer los factores a los que puede ser debido el parto prematuro.
- Conocer el control y observación de las constantes vitales, así como las medidas antropométricas.
- Conocer las características del bebé prematuro.

3 Metodología

Este capítulo está realizado a través de una búsqueda minuciosa en internet sobre los cuidados del recién nacido y prematuro teniendo en cuenta todos los aspectos, tanto la definición de neonato como las partes del recién nacido que debemos estudiar para ver si hay alguna deficiencia y los procedimientos que debemos llevar a cabo para realizar los cuidados oportunos al recién nacido. Esta búsqueda está realizada a través de Google Chrome.

4 Resultados

El recién nacido prematuro es el que ha nacido antes de las 37 semanas de gestación y que tiene un peso adecuado a su edad gestacional, suele ser inferior a 2.500 gramos.

Se clasifican en:

- Extremadamente prematuro: menos de 28 semanas.
- Muy pretérmino: 28 a 31 semanas.
- Moderadamente pretérmino: De 32 a 33 semanas.
- Pretérmino tardío: 34 a menos de 36 semanas.

El parto prematuro puede ser debido a diferentes factores tales como:

- Embarazos múltiples previos.
- Abortos terapéuticos.
- Abortos espontáneos.
- Embarazo realizado a través de fertilización in vitro.
- Poca o ninguna atención prenatal.
- Mala nutrición durante la gestación.
- Tabaquismo.
- Edad materna muy joven o muy mayor.
- Infecciones no tratadas.

Las características generales de un bebé prematuro son:

- Sistema de defensa y funciones renal y hepática poco desarrolladas, siendo propenso a hemorragias e infecciones.
- Muy sensible a la temperatura ambiental.
- Reflejos de deglución y de succión poco desarrollados.
- Respiración abdominal.
- Tendencia a la posición fetal.
- Uñas de los pies cortas.

- Piel cubierta de lanugo y vernix caseosa.
- Cabeza desproporcionalmente grande.
- Hinchazón generalizada.

Cuando se espere el nacimiento de un bebé prematuro, siempre se deberá estar en la sala de partos el personal especializado en el tratamiento y asistencia a estos niños, teniendo una incubadora portátil preparada y dispuesta. También deberemos incluir los dispositivos de reanimación.

Siempre, el bebé deberá ser instalado en una incubadora hasta que pueda ser dado de alta. A medida que crece, el prematuro va recuperando la temperatura corporal estable y alcanza los 2.250 o 2.500 gramos. A partir de ese momento puede ser dado de alta y tratado como un recién nacido normal.

El técnico en cuidados auxiliares de enfermería deberá de mantener y observar de una forma minuciosa el mantenimiento de las incubadoras, así como:

- Deberá mantenerlas limpias y preparadas para cuando llegue el bebé. Se le deberá avisar con tiempo suficiente para tenerla a punto. La incubadora siempre debe estar esterilizada, colocaremos dentro una talla estéril de hilo y colaboraremos con el DUE para calentarla y comprobar que todos los sistemas acoplados a la incubadora funcionan.
- El técnico en cuidados auxiliares de enfermería siempre deberá mantener un ambiente de asepsia utilizando los EPI que se requieran en cada momento requiera.
- Se deberá limpiar diariamente, y siempre que se necesite la parte externa de la incubadora y de forma muy minuciosa con un antiséptico específico. Se realizará con paño estéril escurrido impregnado en el antiséptico y luego se pasa un paño estéril seco.
- El técnico auxiliar en cuidados de enfermería deberá mantener siempre la calma y transmitir tranquilidad a las familias de los bebés prematuros.

La alimentación del prematuro se realizará teniendo en cuenta su peso y de la siguiente manera:

Cuando su peso sea superior a 1.500 gramos, se le administra por solución oral, con biberón.

Cuando su peso se encuentre entre 1.500 a 1.000 gramos, se le administrará con sonda gástrica.

Cuando su peso sea inferior a 1.000 gramos, se le administrará por vía parenteral.

Los procedimientos a seguir para el aseo y cambio de ropa en la incubadora son:

1. Se deberá introducir en la incubadora todo lo necesario para el aseo y se deberá limpiar suavemente y con mucha delicadeza las partes sucias de la piel. Colocar el decúbito lateral para la limpieza de la espalda.

2. Se ha de vestir al prematuro con los pañales y colocado en decúbito lateral para facilitar la respiración.

3. Cambiar la ropa de la cama, empezando por la cabecera hasta llegar a los pies, y retirar por la portezuela la sabanita sucia. Introducir la limpia, colocarla igual y remeter las esquinas. Procurar que no queden arrugas.

Alimentación del recién nacido prematuro:

Siempre se deberá estimular la alimentación precoz. La primera toma que realice el recién nacido será en las primeras 4 h o 8 h para evitar la hipoglucemia y la hipotermia. En esta toma se aconseja dar una ración de agua estéril para ver si es deglutida y retenida sin dificultad. En los prematuros, normalmente, se empezará la alimentación por sonda nasogástrica hasta que se establezca una coordinación de la succión, deglución y la respiración alrededor de las 34 semanas.

Cuando la tolerancia se realice de forma correcta, se procederá a introducir la lactancia.

Es muy importante que la madre mantenga un ambiente relajado, tranquilo e íntimo a la hora de la lactancia, ya que el estrés disminuye la producción de leche.

Cuidados y atención del servicio de neonatología:

Cuidados del cordón umbilical:

La caída del cordón umbilical se produce entre el cuarto o décimo día de vida. Mientras no se caiga, se debe cuidar con esmero esa zona. El cordón puede estar pinzado con un hilo o con una pinza de hollister. El cordón nunca se despinza, sino que se tiene que secar y caerse por sí solo y pinzado.

El área periumbilical se debe lavar con agua y jabón y secarse muy bien por presión, sin frotar. Después se aplica alcohol de 70 grados. En ocasiones se cubre la zona con una gasa estéril y, en otras, se deja al aire. Cada vez que el área periumbilical se manche se lavará.

Los cuidados del cordón deberán realizarse un mínimo de 2 veces al día. Y siempre deberá observarse que no hay signos de infección.

Las medidas antropométricas del recién nacido:

Estas medidas se deberán llevar a cabo para poder conocer el estado nutricional del recién nacido y para que su pediatra pueda realizar una valoración del desarrollo posterior.

- Peso: el peso se determina diariamente. Se pesa al niño desnudo sobre la balanza pediátrica cubierta con una sabanilla limpia. Semanalmente, el niño suele aumentar de 175 a 200 gramos, de modo que el quinto mes el peso se duplica. A partir de aquí el peso será más lento. Hacia las 12 o 14 meses de vida se triplica su peso.

- Talla: se coloca al bebé decúbito supino sobre el tallímetro, manteniendo las extremidades inferiores extendidas. El tope móvil se ajustará hasta que contacte con los pies del niño. Suele aumentar 2 cm/mes por eso el primer año aumenta 25 cm.
- Perímetro craneal: se realiza con una cinta métrica flexible. Para hacer una medición correcta la cinta debe pasar sobre la protuberancia occipital y sobre los arcos supraorbitarios.
- Perímetro torácico: se mide haciendo pasar la cinta métrica flexible alrededor del tórax. Debe pasar sobre la zona de unión del apéndice xifoides con el cuerpo del esternón.

Cuando tomemos estas medidas debemos anotarlas en hojas especiales para ello. El formato de la hoja donde se recoge esta información puede variar de un sitio a otro. Lo más habitual es anotarlo en las gráficas de percentiles.

El técnico en cuidados auxiliares en enfermería deberá observar que el bebé no presente dificultad para respirar, que tiene buen color y una temperatura adecuada, de lo contrario notificaremos a la enfermera o el médico si hay alguna anomalía.

Control de las eliminaciones:

Normalmente, la primera micción se observa en la sala de partos. Los recién nacidos orinan antes de las primeras 24 horas de vida. Hay que controlar que eso ocurra.

Aseo del recién nacido:

El aseo en la sala de partos se realiza con una compresa quirúrgica empapada en solución detergente tibia. Solo se elimina de la piel los restos de sangre y desechos. Debemos tener cuidado y no frotar enérgicamente porque el vernix caseoso no se debe quitar. Se realiza igual que con el recién nacido sano.

Atención del recién nacido en nidos:

Se coloca al bebé en una cuna térmica con lámpara de calor. En su espalda se pone un electrodo desechable que va conectado a un termostato, así la temperatura del niño desciende, la lámpara emitirá mayor cantidad de calor.

Procedimiento:

1. Cerrar las puertas y las ventanas para evitar las corrientes. La temperatura ambiental será de 21 grados como mínimo.
2. Preparar todo el material necesario en el lugar donde se va a realizar el aseo y lavarse las manos.
3. Sacar al niño de la cuna y desvestido junto al agua, en la que se habrá introducido el termómetro de baño.
4. Poner la ropa sucia en la bolsa.

5. Mojar la esponja, el algodón o la compresa en el agua, que debe estar a 36 o 37 grados y proceder a limpiar los ojos desde el lagrimal hacia afuera. que debe de estar a 36 o 37 grados y proceder a limpiar los ojos desde el lagrimal hacia afuera. Si hay secreciones o el niño tiene conjuntivitis, lavarle los ojos con suero fisiológico estéril y con gasas o torundas estériles, cambiándolas en cada pasada y ojo. Es interesante observar si aparecen secreciones en los párpados y en la hendidura palpebral.
6. Lavar y secar la cabeza, cara y parte externa de la oreja.
7. Para la limpieza de los orificios nasales y del conducto auditivo, utilizar suero fisiológico y, posteriormente, secar suavemente con una gasa estéril.
8. Lavar el cuello, tórax y brazos. Se tendrá un cuidado especial con los pliegues cutáneos, sobre todo el cuello, axilas y manos. Secar perfectamente.
9. Lavar el abdomen sin tocar el cordón umbilical por riesgo de infección.
10. Continuar con los órganos genitales de arriba hacia abajo.
11. Por último, lavar y secar las extremidades inferiores.
12. El cordón umbilical debe tratarse como una herida hasta que cicatrice.
13. Si es necesario pesar al bebé, se hará antes de desvestirlo.
14. Cortarle las uñas para evitar que se arañe la cara.
15. Usar después leches o aceites vegetales para hidratar la piel. No se utilizarán talcos porque resecan y pueden inhalarlos.
16. Lavarse las manos.

Todo este proceso se realiza tanto en un bebe prematuro como en un bebé recién nacido sano.

5 Discusión-Conclusión

La edad gestacional se define de manera imprecisa como el número de semanas entre el primer día del último periodo menstrual normal de la madre y el día del parto. Es decir, es la diferencia entre los 14 días antes de la fecha de concepción y la fecha del parto. La edad gestacional no es la edad embriológica real del feto, pero es el valor estándar universal entre los obstetras y los neonatos para evaluar la maduración fetal.

El bebé prematuro nace antes de las 37 semanas.

La mayoría de las complicaciones se relacionan con la difusión de sistemas orgánicos inmaduros. En algunos casos, las complicaciones se resuelven completamente y en otros casos se produce una disfunción orgánica residual.

El recién nacido prematuro es pequeño, en general pesa menos de 2.500 gramos y tiende a tener la piel delgada, brillante, rosada y se puede visualizar bien sus venas

en la piel. Tiene escasa grasa subcutánea, pelo o cartílago del pabellón auricular. Se observa reducción de la actividad espontánea y el tono, y los miembros no adoptan la posición en flexión típica de los recién nacidos de término. En los varones el escroto puede presentar pocos pliegues, y los testículos a veces no han descendido. En las niñas los labios mayores aún no cubren los labios menores.

6 Bibliografía

1. <https://www.medigraphic.com/pdfs/pediat/sp-2012/sp121g.pdf>.
2. <https://www.msdmanuals.com/es-es/hogar/salud-infantil/problemas-generales-del-reci%C3%A9n-nacido/reci%C3%A9n-nacido-prematuro>.
3. <https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/001562.htm>.

Capítulo 131

EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA Y LAS ÚLCERAS POR PRESIÓN

ALBA ARNÉS MUELA

MARIA DE LAS MERCEDES MARTÍNEZ SÁNCHEZ

MARÍA DEL PILAR ROMERO GONZALEZ

1 Introducción

En el pasado estas lesiones eran conocidas como úlceras por decúbito, aunque la nueva nomenclatura es más exacta, puesto que estas lesiones no solo aparecen en dicha posición corporal en pacientes encamados y la palabra presión nos indica el origen de la lesión.

Actualmente, se puede definir una úlcera por presión como toda lesión cuyo origen es isquémico y que es producida por una presión continua en zonas de prominencia ósea y que, por lo general, como resultado, se produce una necrosis del tejido ante la falta de oxígeno y nutrientes en la zona donde se ejerce dicha presión.

Esta úlcera se caracteriza por ser de muy lenta cicatrización, lo cual favorece la infección, haciendo que esta afección afecte también a tejidos adyacentes como los huesos y músculos.

Se tratan de heridas crónicas cuya incidencia está relacionada muy estrechamente con la calidad de la atención del equipo de enfermería, es decir, su

presencia es indicador negativo de los cuidados de este mismo equipo de enfermería y supone un mayor gasto sanitario a la par que un aumento considerable en la morbilidad del paciente, ya que en muchos casos se tratan de lesiones que se suman a las patologías originales del paciente.

El GNAUPP (Grupo nacional para el estudio y asesoramiento en úlceras por presión y heridas crónicas) se encarga de todos los estudios epidemiológicos relacionados con este tipo de lesión. Según este organismo, la media de prevalencia está en una cifra alrededor del 12 %. No obstante, este porcentaje varía bastante dependiendo del centro asistencial del que se tomen los datos, siendo la mayor cifra a la que se llega a alcanzar del 38 %.

2 Objetivos

Objetivo principal:

- Conocer e identificar los factores de predisposición.

Objetivos secundarios:

- Exponer las localizaciones más frecuentes en el proceso de formación de las UPP.
- Explicar los planes de actuaciones de enfermería más comunes para la prevención de las úlceras por presión y para la recuperación del paciente en caso de aparición de estas.

3 Metodología

Para la elaboración de este capítulo se ha llevado a cabo una revisión bibliográfica del manual de Auxiliar de enfermería del Sescam de la editorial MAD, así como del manual del auxiliar de enfermería, técnicas básicas de enfermería e higiene en el medio hospitalario, la séptima edición de la editorial McGrawHill.

Además, se ha realizado una búsqueda sistemática de artículos de las bases de datos, siendo las palabras claves más usadas: úlceras, úlceras por presión y GNAUPP.

4 Resultados

Etiopatogenia de las úlceras por presión.

Los factores que determinan la predisposición de un paciente a sufrir esta afección son muy variados y pueden clasificarse en dos grupos de factores:

Factores extrínsecos: son aquellos que actúan sobre el afectado desde el exterior, por lo cual provocan la aparición de UPP si estos se mantienen en el tiempo, siendo así los más fáciles de evitar y solventar.

Presión: es aquella fuerza compresora que actúa en sentido perpendicular a la piel que, mantenida en el tiempo, provoca una hipoxia del tejido. Los principales motivos que indican que se está produciendo esta fuerza es el propio hecho de que el paciente esté encamado y la presencia de fuerzas en los puntos de apoyo del cuerpo (arrugas en sábanas, presencias de objetos como sondas o restos y las propias prominencias óseas).

Fricción: es la fuerza que se produce de forma horizontal o paralela a la piel, o, dicho de otra forma, del roce. Puede darse tanto en pacientes encamados (movilizaciones inadecuadas) como no (al andar o por situaciones de asistencia sanitaria que requiera de cateterismo).

Humedad: su exceso predispone a que los tejidos se maceren. Los elementos más frecuentes que se dan en pacientes son la presencia de sudor, orina, heces, fluidos de drenajes, exceso de agentes hidratantes en la piel (como cremas) y el defectuoso secado tras realizar el aseo.

Tiempo: actúa de forma inversamente proporcional a los factores anteriormente descritos, es decir, la prolongación de las fuerzas desencadena en última instancia la lesión.

Factores intrínsecos: se trata de aquellos que son propios de las características individuales del paciente o derivados de su enfermedad, por lo tanto, no pueden ser evitados o solucionados o si pueden, no lo son con facilidad.

Inmovilidad: los largos periodos en silla de ruedas o en cama, así como la disminución en general de la movilidad.

Edad avanzada: que conlleva una fragilidad y la pérdida de elasticidad en la piel, la tendencia a la inmovilidad e incontinencias, etc.

Deficiencias nutricionales y causas endocrino-metabólicas: incluyen tanto la delgadez como el sobrepeso, la anemia, la diabetes, los déficits vitamínicos (especialmente el de vitamina C) e hídricos, la sensación de hipotermia y la fiebre.

Deficiencias de oxígeno: debido a patologías que llevan a una mala vascularización de tejidos, como algunas alteraciones respiratorias y/o circulatorias.

Deficiencias sensitivas y motoras: debidas a lesiones cerebrales o medulares que eliminan la necesidad del cambio de postura.

Todos estos factores suelen combinarse de formas muy diversas, por lo que la actuación a de ser sistemática, intentado abarcar una serie de medidas que eviten en la medida de lo posible tanto los factores intrínsecos como los extrínsecos.

Localizaciones más frecuentes:

Aunque las úlceras por presión pueden aparecer cualquier zona del cuerpo siempre que se mantenga presión, las más frecuentes están estrechamente relacionadas con la posición más mantenida en el tiempo. Las áreas de mayor riesgo en cada posición son:

Posición de decúbito supino: occipucio, omoplatos, codos, sacro y talones.

Posición de decúbito lateral: orejas, acromion, costillas, trocánter mayor, cóndilos y maléolos.

Posición de decúbito prono: mejillas y orejas, acromion, senos, genitales, rodillas y dedos del pie.

Posición de sedestación: occipucio, omoplatos, codos, sacro, tuberculosidades isquiáticas, los huecos poplíteos y los talones.

Según el tercer estudio nacional de prevalencia de úlceras por presión en España de 2009, el área más frecuente de las lesiones por úlceras por presión son los talones con un 28,1 % de las heridas totales seguida del sacro con un 21 %.

Prevención de las úlceras por presión.

Observación:

El primer paso en el plan de actuación de enfermería ha de basarse en la valoración individual del riesgo en cada paciente, para ello, han sido elaboradas a lo largo del tiempo diferentes escalas que facilitan la detección precoz del riesgo de sufrir úlceras por presión y así planificar unos cuidados personalizados adecuados para cada paciente.

Una de las más usadas es la escala de Norton, que fue ideada en 1962 en un principio para valorar únicamente a los pacientes geriátricos y que en el presente se

ha extendido a cualquier tipo de paciente. Está basada en la valoración de cinco características: estado físico general, el estado mental, el grado de incontinencia, el nivel de actividad y la movilidad del paciente. Una baja puntuación en dicha escala indica un mayor riesgo y siendo inferior a 14 puntos se han de encender las alarmas y poner en funcionamiento los procedimientos preventivos adecuados.

Otra escala muy usada en el ámbito sanitario es la escala de Braden, que, al igual que en la de Norton, una menor puntuación indica un mayor riesgo. Los factores que deben observarse en la escala de Braden son: la percepción sensorial, la exposición a la humedad, el nivel de actividad, el nivel de movilidad, el grado de nutrición y el nivel de riesgo de lesiones cutáneas.

Prevención:

No solo han de llevarse a cabo en pacientes de riesgo, sino que también es en pacientes donde la lesión ya se ha producido, tanto como para evitar el recrudecimiento de la úlcera como para la prevención de nuevas.

Según el GNAUPP, para lograr una mayor efectividad en las medidas preventivas es vital el conseguir que el paciente y sus familiares se impliquen en la ejecución de estas, así como seguir evaluando constantemente la asistencia e incorporar profesionales encargados de la investigación.

Las cuatro principales medidas de prevención pueden resumirse en:

Eliminar o disminuir la presión: principalmente, mediante un plan de cambios posturales, animando siempre que no esté contraindicado al paciente a andar y mediante el empleo de dispositivos que alivien la carga de la presión como los colchones anti-escaras.

Eliminar la presión: evitando arrastrar al paciente sobre la silla o cama en la que se encuentre, separado su cuerpo de la superficie lo máximo posible.

Eliminar la humedad: usando elementos absorbentes, colectores de orina, revisando frecuentemente el pañal, realizando masajes estimulantes para la piel y empleando cremas hidratantes protectoras.

Vigilar el estado de nutrición: vigilando que el paciente haya ingerido su dieta prescrita y el nivel adecuado de líquidos.

Curación:

Eliminar las úlceras por presión es un largo, complicado y costoso proceso, los tratamientos suelen estar enfocados en la estimulación de la curación mediante

el desbridamiento del tejido que se ha necrosado y la prevención de posibles infecciones.

Existen una serie de apósitos cuyo fin es mantener el lecho de la úlcera en un ambiente óptimo de humedad y que además estimulan la herida para acelerar la regeneración del tejido, para esto último es necesario que los apósitos sean biocompatibles y absorban los exudados de la herida a la par que protejan de los elementos exteriores a la herida mediante su permeabilidad selectiva.

5 Discusión-Conclusión

Las úlceras por presión constituyen un problema grave que depende de muchos factores, tanto para su aparición como para su crecimiento. No obstante, las prácticas recomendadas para su prevención (fundamentalmente los planes de movilización) son simples, por lo que pueden ser realizadas por cualquier profesional del equipo de salud, es decir, que no han de ser realizadas necesariamente por un especialista, siendo no obstante el TCAE un eslabón primordial dado su cercanía continua en el trato con el paciente. Todo el equipo médico debe actuar de forma coordinada e interdisciplinar para poder lograr con éxito prevenir la aparición de estas lesiones y así, evitar futuras complicaciones médicas que requieren de mayor dotación tanto médica como económica.

6 Bibliografía

1. Úlceras por presión: cómo prevenirlas (internet) 02-03-22 http://www.afam.org.ar/textos/04_12_18/materialparapaginawebdiciembre/ulceras_por_presion_prevenicion.pdf.
2. Editorial MAD (Editorial). 2017. Auxiliar de Enfermería. Temario específico. Volumen 1. Sescam [Libro, 978-84-142-0492-4].
3. Editorial MAD (Editorial). 2017. Auxiliar de Enfermería. Temario específico. Volumen 2. Sescam [Libro, 978-84-142-0536-5].
4. Ana M.^a Fernández Espinosa y Evangelina Pérez de la Plaza (Autoras). Editorial McGrawHill Education. 2016. Auxiliar de enfermería. [Libro, 978-84-486-1037-1].

Capítulo 132

TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERIA (TCAE) EN EL AMBITO SANITARIO: CONSTANTES VITALES.TEMPERATURA Y PROCEDIMIENTOS DE MEDICIÓN DE ESTA.

BEATRIZ SÁNCHEZ GONZÁLEZ

TAMARA POZO SÁNCHEZ ARCHIDONA

1 Introducción

Las constantes vitales nos dan información sobre nuestro estado de salud. Dentro de estas están: la tensión arterial, la frecuencia cardíaca, la frecuencia respiratoria, la saturación de oxígeno y la temperatura corporal. La medición de las constantes vitales se llevan a cabo para valorar el estado de salud de paciente, ya que proporcionan una serie de datos objetivos que, comparándolos consigo los parámetros marcados, permite determinar si existe equilibrio en el organismo.

Las constantes vitales pueden ser modificadas por varios factores:

- Fisiológicos: edad, sexo, peso, etc.
- Ambientales: hora del día, temperatura, altitud, etc.
- Psicológicos: estado emocional, estrés, etc.
- Patológicos: infecciones, hemorragias, deshidratación, etc.

En este capítulo nos vamos a centrar en la temperatura y los distintos procedimientos para llevar a cabo su medición.

Se entiende por temperatura el grado de calor del cuerpo, producto del equilibrio entre el calor producido por la actividad muscular, el metabolismo energético, y el calor producido por el organismo.

El control de la temperatura se realiza a través del termómetro.

El termómetro es un instrumento técnico destinado a medir temperaturas, o sea la energía interna que un cuerpo posee.

El inventor del termómetro fue Galileo Galilei, en 1592. Consistía básicamente en un tubo de vidrio con una esfera de vidrio hueca en su extremo superior, en el que se introducía un líquido (al principio agua y después alcohol) que al calentarse subía por el tubo. En 1612, Santorre Santorio introdujo una graduación numérica al invento de Galileo y le dio uso medicinal. En 1717 Gabriel Fahrenheit, crea el primer termómetro a base de mercurio. Años después, Anders Celsius propondría su escala, que establecía esa distancia en 100 grados. Desde su invención ha evolucionado mucho, principalmente a partir del desarrollo de los termómetros digitales.

2 Objetivos

Objetivo principal:

- Conocer los tipos de medición de temperatura.

Objetivos secundarios:

- Conocer las principales alteraciones de la temperatura.
- Poner en conocimiento las distintas formas de clasificar la fiebre.

3 Metodología

Para la realización de este capítulo se ha realizado un trabajo de revisión bibliográfica en el cual se ha utilizado:

Bases de datos: se utilizaron los motores de búsqueda: Google Académico y Dialnet, WorldWideScience.org y Scielo.

Palabras clave y operadores booleanos utilizados para la búsqueda: Auxiliar de enfermería, funciones del TCAE, constantes vitales, temperatura, termómetro, alteraciones de temperatura, clasificación de la fiebre y métodos de medida de la temperatura.

Criterios de inclusión: fuentes bibliográficas que trataban sobre las funciones del auxiliar de enfermería o TCAE, constantes vitales, temperatura, termómetro, alteraciones de temperatura, clasificación de la fiebre y métodos de medida de la temperatura, artículos en castellano que como máximo tuvieran 5 años de antigüedad.

4 Resultados

Las alteraciones de la temperatura más habituales son:

- Hipotermia: disminución de la temperatura corporal por debajo de los valores normales (36° C).
- Hipertemia: aumento de la temperatura corporal por encima de los valores normales (37.1 °C).

Cuando hay hipertemia hablamos de fiebre.

Clasificación de la fiebre:

- Según su grado:

Febrícula: Inferior a 37.9 °C.

Fiebre ligera: Inferior a 38.4 °C.

Fiebre moderada: Inferior a 39.4 °C.

Fiebre alta: Inferior a 40.4 °C.

Fiebre muy alta: Mayor a 40.5 °C.

- Según su forma:

Remitente: cuando la variación entre la temperatura máxima y la mínima es de un grado centígrado.

Intermitente: hay periodos sin fiebre y otros con fiebre.

Recurrente: hay días sin fiebre y otros con fiebre.

Ondulante: la temperatura asciende y desciende paulatinamente.

- Según su duración:

Corta: menos de dos días.

Larga: mas de dos semanas.

Continúa: Cuando la diferencia entre la temperatura máxima y mínima no es mayor de 1 °C.

- Según su causa:

Infecciosa.

Inflamatoria.

Metabólica.

La temperatura se tomará según pauta del servicio en el que se encuentra el paciente, pero como norma general:

- Al ingreso del paciente en la unidad.
- En cada inicio de turno.
- Según indicación médica o de enfermería.
- Por un cambio de estado del paciente o porque el mismo paciente informe de algún problema (dolor torácico, sensación de mareo, etc.).

Protocolo de medida de temperatura timpánica:

Material necesario:

- Guantes.
- Termómetro timpánico con pilas.
- Funda desechable.
- Hoja de registro y bolígrafo.
- Gasas y desinfectante.

Desarrollo:

- Lavarse las manos,
- Ponerse los guantes.
- Explicar al paciente lo que le vamos a hacer pidiéndole su colaboración.
- Colocar la funda desechable al termómetro.
- Seleccionar el funcionamiento del termómetro.
- Introducir en el conducto auditivo, asegurándose de que el cono sensor está bien introducido y orientado.
- Cuando suene, retirar y leer y anotar en la hoja de registro.
- Retirar la funda.
- Apagar termómetro.
- Limpiar termómetro y guardarlo.
- Acomodar al paciente.
- Quitarse los guantes y lavarse las manos.

Protocolo medición de temperatura axilar:

Material necesario:

- Guantes.
- Termómetro.
- Funda desechable.
- Hoja de registro y bolígrafo.
- Gasas y desinfectante,

Desarrollo:

- Lavarse las manos,
- Ponerse los guantes.
- Explicar al paciente lo que le vamos a hacer pidiéndole su colaboración.
- Colocar la funda desechable al termómetro.

- Colocar la punta del termómetro en la axila y cruzar el antebrazo del paciente sobre el tórax.
- Cuando suene retirar el termómetro, hacer la lectura y anotar los resultados en el registro correspondiente.
- Quitar la funda desechable, desinfectar termómetro y colocar en el lugar adecuado.
- Acomodar al paciente.
- Quitarse los guantes y lavarse las manos.

Protocolo medición de temperatura rectal:

Material necesario:

- Guantes.
- Termómetro.
- Funda desechable.
- Hoja de registro y bolígrafo.
- Lubricante.
- Gasas y desinfectante.

Proceso:

- Lavarse las manos.
- Ponerse los guantes.
- Explicar al paciente lo que le vamos a hacer pidiéndole su colaboración.
- Poner al paciente en decúbito lateral.
- Poner la funda al termómetro.
- Poner el termómetro en funcionamiento.
- Lubricar la punta del termómetro con vaselina.
- Separar los glúteos del paciente con una mano y con la otra mano introducir el termómetro.
- Cuando suene, retirar el termómetro y anotar la temperatura en el libro de registro.
- Acomodar al paciente.
- Desinfectar el termómetro y recoger todo el material empleado.

5 Discusión-Conclusión

Es imprescindible que el TCAE(Técnico en cuidados de auxiliar de enfermería) tenga conocimientos, conozca la importancia que la constante vital, temperatura, tiene sobre la salud del pacientes, como así mismo debe conocer las principales alteraciones de la temperatura y las distintas formas de clasificar la fiebre, ya que al hacer las anotaciones en el libro de registro ,en las observaciones debe

poner por ejemplo presenta febrícula o fiebre alta. También debe conocer cuando la fiebre que presenta el paciente puede suponerle un problema grave de salud (fiebre alta o muy alta).

Pero más importante aún es que el TCAE conozca los protocolos a seguir para tomar la temperatura timpanal, axial y rectal, ya que de ello depende que su funciones sean realizadas adecuadamente.

Además de tener los conocimientos teóricos, debe saber aplicarlos de forma correcta, siempre tratando al paciente con amabilidad y empatía.

6 Bibliografía

1. <https://revistas-portalesmedicos.com>.
2. <https://apuntesauxiliarenfermeria.com>.
3. <https://www.auxiliar-enfermeria.com>.
4. Técnicas básicas de enfermería. Smartbook.

Capítulo 133

LOS MULTIPLES BENEFICIOS DE LA LACTANCIA MATERNA

ROSA MARIA GONZALEZ IGLESIAS

MARÍA DEL ROCÍO MENÉNDEZ PÉREZ

LAURA PARAJON PARAJON

M^a ARGENTINA YAÑEZ ALVAREZ

ROSA MESA MENDEZ

1 Introducción

La lactancia materna es el proceso por el que una madre alimenta a su bebé recién nacido a través de sus senos, que segregan leche inmediatamente después del parto.

La lactancia materna es considerada la alimentación fundamental para el bebé desde sus primeras horas de vida hasta los dos años o más.

Constituye el alimento ideal, completo y saludable por contener todos los nutrientes y anticuerpos que el bebé necesita para estar sano y crecer y desarrollarse adecuadamente, tanto física como emocionalmente.

La OMS (Organización Mundial de la Salud) recomienda que la leche materna sea el alimento exclusivo del recién nacido hasta los seis meses de vida y que hasta los dos años se complemente con alimentos nutricionalmente adecuados y seguros. Sugiere que se inicie en la primera hora de vida, que sea a demanda y que se evite el uso de fórmulas infantiles.

La lactancia materna tiene múltiples beneficios, no solo para la salud del bebé, sino también, para la salud de la madre, que se mantienen a lo largo del tiempo, sobre todo, si la lactancia es prolongada; además de contribuir a intensificar el estrecho vínculo madre-hijo.

En este capítulo veremos algunos de los muchos beneficios y por ello, la importancia de promover la lactancia materna.

2 Objetivos

- Establecer la importancia de la elección de la lactancia materna.
- Analizar las ventajas de la lactancia materna, tanto en el lactante como en la salud de la madre.

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 los artículos científicos con contenidos relacionados con el tema de estudio.

4 Resultados

La leche materna es la alimentación más completa para el recién nacido, pues aporta las cantidades ideales de agua, azúcares, grasas, proteínas y vitaminas que el bebé necesita para un óptimo desarrollo y crecimiento.

Son muchos los beneficios que aporta, tanto a la salud del bebé como a la salud de la madre.

Entre los beneficios para el bebé, el calostro de los primeros días:

- Constituye una nutrición óptima, ya que es rico en proteínas y nutrientes, por eso, con una pequeña cantidad, el bebé queda saciado.
- Proporciona gran cantidad de defensas inmunológicas, lo que contribuye, a un adecuado desarrollo del sistema inmunitario.
- Es laxante, lo que ayuda al bebé a vaciar sus intestinos de todo lo ingerido en el útero, en forma de meconio.
- Reduce la absorción de bilirrubina y evita la ictericia. Si el bebé toma la suficiente leche materna, eliminará el excedente de bilirrubina a través de la heces.

La leche materna:

- Aporta los nutrientes necesarios en la medida y temperatura adecuadas, además tiene la ventaja que su composición va cambiando de manera que satisface las necesidades del bebé según va creciendo.
- Es fácil de digerir, por lo que se reduce en gran medida la posibilidad de sufrir los llamados cólicos del lactante.
- Disminuye la predisposición a enfermedades respiratorias. Los bebés alimentados exclusivamente con leche materna los seis primeros meses de vida tienen menos infecciones respiratorias como la neumonía o el asma.
- Previene las alergias, ya que el bebé está expuesto a menos alérgenos en la etapa más susceptible. El calostro ofrece una cubierta protectora que evita que los alérgenos penetren en el sistema del bebé.
- Disminuye el riesgo de obesidad.
- Los bebés que se alimentan con leche materna tienen menos riesgo de sufrir el SMSL (Síndrome de Muerte Súbita del Lactante).
- Se establece una relación muy estrecha entre madre e hijo.

No solo los beneficios son para el bebé, la lactancia materna también contribuye a la salud y bienestar de la madre; ayuda a espaciar los embarazos, reduce el riesgo de padecer cáncer de ovario y mama, ayuda a su pronta recuperación física y disminuye también el riesgo de hemorragias después del parto, así como de padecer la depresión postparto.

Además de todo ello, es una alimentación segura, carece de riesgo alguno para el medio ambiente. Se trata de un recurso natural que no contamina y no produce residuos.

5 Discusión-Conclusión

La lactancia materna es considerada la alimentación fundamental para el bebé desde sus primeras horas de vida hasta los dos años de edad o más. Contiene todos los nutrientes y anticuerpos que el bebé necesita para su adecuado crecimiento y desarrollo tanto físico como emocional, gracias al fuerte vínculo que se crea entre madre e hijo.

La OMS recomienda que la leche materna sea el alimento exclusivo del recién nacido hasta los seis meses de vida y que hasta los dos años se complemente con alimentos nutricionalmente adecuados, seguros, que se inicie en la primera hora de vida, que sea a demanda y se evite el uso de fórmulas infantiles.

Son múltiples los beneficios que aporta, no solo para la salud del bebé, sino también para la salud de la madre. También para el medio ambiente, al tratarse de un recurso natural que no contamina y no produce residuos.

Por todo ello, es considerada la alimentación de referencia para la crianza del lactante y el niño pequeño.

6 Bibliografía

1. C:/Users/Usuario/Downloads/Dialnet-VentajasDeLaLactanciaMaterna-202434.pdf.
2. [Medineplus.gov/spanish/ency/patientinstructions/00639.htm](https://medineplus.gov/spanish/ency/patientinstructions/00639.htm).
3. [Aeped.es/comite-nuyticio-y-lactancia-materna/lactancia-materna/documentos/recomendaciones-sobre-lactancia-materna](https://aeped.es/comite-nuyticio-y-lactancia-materna/lactancia-materna/documentos/recomendaciones-sobre-lactancia-materna).

Capítulo 134

TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERIA (TCAE) EN EL ÁMBITO SANITARIO: CONSTANTES VITALES.TENSIÓN ARTERIAL Y PROCEDIMIENTO DE MEDIDA DE LA TENSIÓN.

TAMARA POZO SÁNCHEZ ARCHIDONA

BEATRIZ SÁNCHEZ GONZÁLEZ

1 Introducción

Dentro de las funciones que desarrolla el técnico en cuidados de enfermería (TCAE) está tomar las distintas constantes vitales. En este capítulo vamos a hablar de la presión arterial y de los procedimientos a llevar a cabo para medirla. La presión sanguínea es la tensión ejercida por la sangre que circula sobre las paredes de los vasos sanguíneos durante las fases del ciclo cardiaco, y constituye uno de los principales signos vitales.

Existen dos tipos:

- Presión sistólica (PAS) o presión máxima: presión que ejerce sobre las arterias cuando se contrae el ventrículo izquierdo.
- Presión diastólica (PAD) o presión mínima: presión que ejerce cuando se está descomprimiendo el ventrículo izquierdo del corazón.

La presión arterial se mide con:

- Esfigmomanómetro aneroides o tensiómetro: es un dispositivo que actúa como medidor de la presión arterial de una persona. Realiza las mediciones de la presión sistólica y diastólica en milímetros de mercurio (mmHg) y sirve para conocer el estado del sistema circulatorio y cardiovascular.
- Fonendoscopio: instrumento médico para la auscultación que consiste en un tubo flexible en forma de Y con una pieza receptora en forma de campana, cerrada en su base por una membrana o diafragma elástico, y un auricular en cada uno de los extremos bifurcados; la pieza receptora se aplica a la parte del cuerpo que se quiere auscultar, en especial el pecho y el abdomen, al tiempo que los auriculares se aplican a los oídos.
- Equipo electrónico: son tensiómetros cuyo inflado es automático y fáciles de utilizar, se suelen emplear sobre todo en los domicilios particulares.
- Monitores multiparámetros de constantes vitales: permiten la medida de la presión arterial, sistólica, diastólica y la frecuencia cardíaca.

2 Objetivos

Objetivo principal:

- Conocer el protocolo de medición la presión arterial.

Objetivos secundarios:

- Conocer los principales factores que influyen en la tensión arterial.
- Poner en conocimiento las normas a tener en cuenta en la medida de la tensión arterial.

3 Metodología

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

4 Resultados

Los factores que influyen en la tensión arterial son:

- Edad.
- Raza.

- Antecedentes familiares.
- Sobrepeso u obesidad.
- Falta de actividad física.
- Consumo de tabaco.
- Con tenido de sal en la dieta.
- Cantidad insuficiente de potasio en la dieta.
- Consumo excesivo de alcohol.
- Estrés.
- Ciertas enfermedades crónicas.

Alteraciones de la tensión arterial:

- Hipertensión arterial: la tensión está por encima de los valores normales, es decir, superiores a 140/90 mmHg.
- Hipotensión arterial: la tensión esta por debajo de los limites normales, es decir, inferior a 120/60 mmHg.

Normas a tener en cuenta en la medición de la tensión arterial:

- El equipo debe estar calibrado y estar en el cero al comenzar la medición.
- El manguito de presión debe ocupar 75 % de la longitud del brazo, debe estar 2 o 3 cm por encima de la flexión del codo.
- El paciente debe estar sentado, con la espalda recta, con el brazo apoyado y sin ropa que le oprima.
- Antes de tomar la tensión, el paciente debe estar 5 minutos sentado o tumbado, relajándose.
- No debe haber comido, fumado, tomado café o haber hecho ejercicio físico durante una hora antes.
- Se le debe preguntar si ha tomado algún medicamento que pueda influir en la medida de la tensión.
- La existencia de dolor puede falsear la medida de la tensión.
- Para realizar la practica hay que localizar correctamente el latido, vaciar el manguito de forma lenta y gradual y hay que realizarla en ambos brazos. Si la medida es diferente en ambos brazos , hay que utilizar el brazo que ha dado el valor más alto para las próximas mediciones.

Procedimiento de medida de la presión arterial:

Recursos materiales:

- Tensiómetro.
- Hoja.
- Bolígrafo.

Protocolo medida de presión arterial:

- Lavarse las manos.

- Ponerse los guantes.
- Explicar al paciente lo que se le va a hacer.
- Pedir la colaboración del paciente, si puede.
- Colocar al paciente en una posición relajada y cómoda, descubrirle el brazo. El brazo estará a la altura del corazón.
- Enrollar el manguito alrededor del brazo, a 2 o 3 cm por encima de la flexura del codo.
- Colocar el fonendoscopio alrededor del cuello del profesional.
- Localizar el pulso de la arteria braquial y colocar en ese punto la membrana del fonendoscopio.
- Con la válvula del tensiómetro cerrada, insuflar el manguito aproximadamente a 30 mmHg por encima de la PAS del paciente.
- Dejar salir el aire lentamente, de tal forma que la presión disminuya gradualmente.
- Anotar resultados en la hoja de registro correspondiente.
- Acomodar al paciente.
- Recoger el material.
- Limpiar el material. Dejarlo en el lugar adecuado.
- Quitarse los guantes.
- Lavarse las manos.

5 Discusión-Conclusión

Es imprescindible que el TCAE (Técnico en cuidados de auxiliar de enfermería) tenga conocimientos sobre la importancia que la medida de las constantes vitales tiene sobre la salud de los paciente. Que el conocer la tensión arterial puede suponer evitarle grandes problemas, como así mismo debe conocer las principales alteraciones de la presión arterial, ya que al hacer las anotaciones en el libro de registro, en las observaciones debe poner si presenta hipertensión, hipotensión o presión arterial dentro de los valores normales.

Pero más importante aún es que el TCAE conozca el protocolo a seguir para tomar la presión arterial, ya que de ello depende que su funciones sean realizadas adecuadamente. Si por ejemplo no se sabe que una vez que se ha tomado la tensión arterial, si hay que repetirla es necesario esperar al menos dos minutos, podríamos provocar un error de medición.

6 Bibliografía

1. <https://revistas-portalesmedicos.com>.
2. <https://apuntesauxiliarenfermeria.com>.
3. <https://www.auxiliar-enfermeria.com>.
4. Técnicas básicas de enfermería. Smartbook.

Capítulo 135

EL PAPEL DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) EN LA ALIMENTACIÓN Y NUTRICIÓN DE LAS PERSONAS MAYORES INSTITUCIONALIZADAS

MARIA ANGELES GARCÍA SUÁREZ

LEIDY DANIELA SALAZAR BOLIVAR

CLAUDIA ROBREDO GARCÍA

1 Introducción

Alimentación: conjunto de acciones por las cuales suministramos alimentos al organismo. Es voluntaria y educable.

Nutrición: es la relación entre lo que consumimos y lo que necesita el cuerpo. Es el proceso que realiza el organismo de forma inconsciente y pasiva, llevando a cabo una serie de procesos mediante los cuales el organismo incorpora, transforma y utiliza los nutrientes que contienen los alimentos con el objetivo de cumplir tres funciones:

- Aporte energético.
- Construcción y reparación de estructuras.
- Regulación de procesos metabólicos.

Malnutrición: condición fisiológica anormal por causa de un consumo insuficiente, o excesivo y desequilibrado de macronutrientes y micronutrientes esenciales para el desarrollo físico y cognitivo.

Desnutrición: estado patológico ocasionado por la falta de ingestión o absorción de los nutrientes.

Nutrientes: son sustancias químicas de las que se obtienen materia y energía. Formados por macronutrientes (hidratos de carbono, proteínas y grasas), que necesitamos en grandes cantidades y aportan energía; y los micronutrientes (vitaminas y minerales), que necesitamos en pequeñas cantidades y no aportan energía, pero son esenciales para la mayoría de las funciones celulares. Otros componentes necesarios son el agua y la fibra que no son propiamente nutrientes, pero son necesarios.

La dieta ha de ser equilibrada para aportar, tanto la energía como los nutrientes que necesita el organismo para mantener un buen estado de salud y prevenir enfermedades.

Con la edad se produce una disminución progresiva de las necesidades energéticas, pero aun así se requiere incorporar lo suficientes nutrientes. Las personas mayores suelen modificar sus hábitos alimentarios, generalmente reduciendo la cantidad de las comidas y bebidas, así como los tiempos de ingesta.

El TCAE junto con todo el equipo interdisciplinar, del que forma parte debe tener los medios y recursos necesarios para evitar la desnutrición en los ancianos a su cargo.

2 Objetivos

Conocer los diferentes tipos de dietas utilizados en la alimentación de las personas mayores institucionalizadas.

3 Metodología

Para responder a los objetivos de este trabajo se realiza una revisión bibliográfica de artículos seleccionados en páginas especializadas como Scielo, Medline, etc., así como en páginas web, limitándose solo a las que correspondieron a los patrones de búsqueda y utilizando como palabras clave: nutrición, alimentación, anciano, malnutrición y dietas.

4 Resultados

La nutrición consiste en llevar a cabo una dieta saludable y equilibrada para que el cuerpo obtenga los nutrientes necesarios. Llevar a cabo una buena y correcta alimentación es necesaria en todas las etapas de la vida, pero es vital para un envejecimiento saludable. La dieta, para ser equilibrada, ha de aportar los requerimientos orgánicos, tanto de energía como de nutrientes, para mantener la salud y evitar enfermedades.

Con la edad se produce una disminución progresiva de las necesidades energéticas, debido a que hay menor actividad física y a que se reduce la masa muscular, pero, aunque necesitan menos calorías, se requieren los suficientes nutrientes, potenciando las proteínas, la fibra, el agua, las vitaminas y el calcio. La edad conlleva una serie de cambios fisiológicos que afectan al estado nutricional, como: pérdida de dientes, menor salivación, menor masa muscular, se debilita el gusto y el olfato, por lo que se pierde interés por la comida, mayor sensación de saciedad en las comidas por la ralentización del proceso digestivo toma de medicamentos que pueden dificultar la absorción de los nutrientes. Por ello el médico geriatra y el nutricionista junto con todo el equipo multidisciplinar debe realizar una dieta personalizada, adaptada a la situación particular del anciano, teniendo en cuenta su edad, sexo, estado físico, actividad física que realiza, estado cognitivo, los medicamentos que toma, patologías que presenta. La dieta debe de ser: completa, equilibrada, suficiente, variada y adecuada.

Tipos de dietas:

- Dieta absoluta: ningún tipo de alimentos ni agua.
- Dieta líquida: administrar líquidos poco a poco para comprobar la tolerancia.
- Dieta blanda: alimentos de fácil digestión y de textura blanda.
- Dieta hipocalórica: entre 800 y 2000 calorías, restringiendo, alcohol, hidratos de carbono y grasas.
- Dieta laxante: para evitar el estreñimiento, rica en fibra y verduras y abundantes líquidos.
- Dieta astringente: para procesos diarreicos, evitando los alimentos de la dieta laxante y tomando té, limón y arroz.
- Dieta baja en grasas y colesterol: evitar alimentos ricos en grasas.
- Dieta hiposódica: disminuir la ingesta de sal.
- Dieta hiperproteica: Más de dos gramos de proteína por kilo de peso y día, aumentando la ingesta de carne, pescados, huevos, indicada en casos de desnutrición.
- Dieta hipoproteica (de 40 g o 20 g): baja en proteínas.

- Dieta baja en calcio y fósforo: Hay que evitar la leche, el chocolate, las vísceras.
- Dieta basal o normal: Dieta equilibrada, destinada a personas que no necesitan unos requerimientos dietéticos especiales. Están permitidos todos los alimentos en la proporción adecuada para que sea una dieta equilibrada.

Según recomendaciones de la FAO las necesidades calóricas del anciano son de 2000/2500 calorías diarias para los hombres y de unas 1500/2000 calorías/día para las mujeres. Siendo los glúcidos entre el 50/60 ° del total calórico, Los lípidos entre el 30 y el 35 ° y las proteínas entre el 10 y el 20 °. La ingesta de agua no debería ser inferior a 1500 ml/día (salvo contraindicación médica).

Vías de nutrición:

- Vía oral: la ingesta del alimento por la boca.
- Vía Parenteral: es la administración de nutrientes por vía intravenosa.
- Vía Enteral: cuando no se puede por vía oral pero el aparato digestivo funciona, a través de una sonda se aportan los nutrientes necesarios. La sonda puede ser nasogástrica, o nasointestinal y gastrostomía o yeyunostomía. Dentro de la nutrición enteral hay diferentes tipos de dietas:
 - Poliméricas: se administran los nutrientes intactos.
 - Predigeridas: los nutrientes se administran de forma mono y oligomolecular.
 - Modulares: cuando se requieren elementos especiales que no pueden satisfacerse con la dieta.
 - Especiales: para problemas concretos.
 - Suplementos dietéticos: complementaria a la dieta normal.

Factores que influyen en las necesidades calóricas:

- Edad: se considera que, a partir de los 60 años, las necesidades energéticas disminuyen un 5 % cada decenio.
- Sexo: la tasa basal del hombre (por mayor masa muscular) es generalmente superior a la de la mujer.
- Factores psicológicos: soledad, depresión, hábitos culturales, costumbres, etc.
- Sueño: durante el sueño la tasa metabólica disminuye. Las personas mayores suelen dormir menos.
- Cambios fisiológicos: pérdida de masa muscular, cambios en el metabolismo, en el aparato digestivo, en la cavidad bucal, diferentes patologías, en definitiva, el desgaste del organismo.
- Actividad física: los ancianos tienen menos actividad física y más sedentarismo.

Una correcta alimentación y la actividad física adecuada a las características de cada persona son fundamentales para mantener un buen estado de salud, así

como para mantener la autonomía y mejorar la calidad de vida de las personas mayores.

La dieta en las personas mayores debe de ser equilibrada, variada y completa, en pequeñas cantidades y distribuida en 5 o 6 ingestas al día, especialmente en los ancianos inapetentes, adaptándola según sus necesidades e intentando respetar sus gustos y/o costumbres. Así mismo es de vital importancia asegurar un aporte hídrico adecuado, pues estas personas suelen tener alterado el mecanismo que regula la sed, por lo que hay que recordarles que deben beber y ofrecerles gelatinas, zumos, y una mayor ingesta de frutas y hortalizas que tengan gran proporción de agua.

El TCAE en la alimentación del anciano:

- Conocer los tipos de dietas, comprobar que es la adecuada, servirla y supervisar y si es necesario ayudar en la ingesta a aquellas personas que no pueden realizarla por sí mismos.
- Conocer las distintas vías administración de alimentación, así como los distintos tipos de dispositivos para llevarlas a cabo.
- Conocer la importancia de una dieta variada y equilibrada.
- Procurar mantener una regularidad en las comidas y que no se salte ninguna.
- Animarlos a comer, despacio, con bocados pequeños, no metiéndoles prisa e intentando que mantengan su autonomía el mayor tiempo posible.
- Procurar que mantengan una posición correcta, si la ingesta se realiza en cama, debe de estar incorporado, también es conveniente que no se acueste nada más terminar de comer.
- Animar a beber.
- Correcta limpieza de la boca después de las comidas.
- Comprobar que la temperatura y textura de los alimentos sea la adecuada.
- Informar si se observan cambios en los hábitos alimenticios, como que rechace algún tipo de comida, se niegue a comer, dificultad para masticar o para tragar, deterioro de las piezas dentales o de la prótesis, heridas en la boca, pérdida de apetito, pérdida de peso, etc.
- Si hay disfagia, comprobar que el tipo de dieta sea la adecuada y utilizar espesantes en líquidos.

El TCAE es junto con Due el que está en más contacto con el anciano institucionalizado, lo conoce bien, por eso es importante observar cambios en el comportamiento en el momento de las comidas, intentar averiguar las causas e informe de ello.

5 Discusión-Conclusión

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), la alimentación es la ingesta de alimentos para saciar el hambre y la nutrición es la ingesta de alimentos en relación con las necesidades dietéticas del organismo.

La edad lleva asociados unos cambios fisiológicos y sociales que afectan a las pautas alimenticias y al estado nutricional del anciano. Se pierden piezas dentales y se reduce la salivación, lo que dificulta masticar bien los alimentos, se debilitan los sentidos del gusto y olfato y reduciéndose el interés por la comida, el estómago se vacía más despacio y se adelanta la sensación de saciedad, se pierde masa muscular y celular y el organismo demanda menos energía. La toma de medicamentos dificulta la absorción de nutrientes; todo ello puede ocasionar una mala nutrición en las personas mayores, tanto por exceso (aquellas personas mayores que comen mucho a pesar de que no realizan ninguna o muy poca actividad física), lo que da lugar a sobrepeso u obesidad, como por defecto (aquellas personas que disminuyen el número de ingestas o que no comen de todos los grupos de alimentos), lo que da lugar a malnutrición y puede dar lugar a la aparición de enfermedades como osteoporosis, hipertensión arterial, diabetes, etc.

Es vital vigilar la nutrición, pues es fundamental para un buen envejecimiento. Las dietas deben de ser sencillas, variadas, de fácil masticación, intentando mantener los gustos de la persona, fraccionando las comidas. Procurando que se realicen en un ambiente agradable, aumentando la ingesta de fibra y reduciendo la de sal y azúcar y con las cantidades necesarias a cada persona de proteínas, carbohidratos, grasas, vitaminas y minerales, evitando las calorías vacías y con una correcta hidratación y actividad física adaptada a sus condiciones. Es fundamental tener en cuenta las restricciones alimenticias de cada persona a la hora de confeccionar la dieta, así como tener en cuenta sus gustos alimenticios.

Todo el equipo interdisciplinar de los centros de mayores, deben vigilar cambios en los hábitos de los usuarios en las comidas, investigar los motivos por los que pueden haberse producido y tomar las medidas necesarias para subsanarlos, así como tener un riguroso control de la dieta diaria, para mejorar el estado nutricional de los ancianos, retrasando o evitando enfermedades y mejorando su calidad de vida.

6 Bibliografía

1. https://www.segg.es/download.asp?file=media/descargas/guia_NESTLE.pdf.
2. https://www.segg.es/download.asp?file=media/descargas/guia_NESTLE.pdf.

3. <https://www.elsevier.es/es-revista-offarm-4-articulo-la-nutricion-el-anciano-13047750>.
4. <https://www.elsevier.es/es-revista-offarm-4-articulo-la-nutricion-el-anciano-13047750>.
5. <https://www.segg.es/media/descargas/Acreditacion>
de Calidad SEGG.
6. https://www.segg.es/download.asp?file=media/descargas/guia_.
7. <https://medicina.ucm.es/data/cont/media/www/pag-17228/TERCERO>
NHD.
8. <https://www.geriatricarea.com/2017/06/26/una-adecuada-alimentacion-las>.
9. <https://www.geriatricarea.com/2017/06/26/una-adecuada-alimentacion-las>.
10. <https://openboxmagazine.com/conceptos-basicos-alimentacion-y-nutricio>.
11. https://www.tuotromedico.com/temas/malnutricion_anciano.htm.
12. <https://canitas.mx/guias/malnutricion-en-el-adulto-mayor>.
13. <https://www.who.int/features/qa/malnutrition/es>.
14. <https://www.elsevier.es/es-revista-offarm-4-articulo-la-nutricion-el-anciano-13047750>.
15. <https://www.segg.es/media/descargas/Acreditacion>
de Calidad SEGG.
16. <https://medlineplus.gov/spanish/nutritionforolderadults.htm>.
17. <https://medicina.ucm.es/data/cont/media/www/pag-17228/TERCERO>
NHD.
18. <https://www.geriatricarea.com/2017/06/26/una-adecuada-alimentacion-las>.
19. <https://www.geriatricarea.com/2017/06/26/una-adecuada-alimentacion-las>.
20. <https://openboxmagazine.com/conceptos-basicos-alimentacion-y-nutricio>.
21. https://www.tuotromedico.com/temas/malnutricion_anciano.htm.
22. <https://canitas.mx/guias/malnutricion-en-el-adulto-mayor>.
23. <https://www.who.int/features/qa/malnutrition/es>.

Capítulo 136

ATENCIÓN Y CUIDADOS DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA A LAS NECESIDADES BÁSICAS DEL ANCIANO

LEIDY DANIELA SALAZAR BOLIVAR

CLAUDIA ROBREDO GARCÍA

MARIA ANGELES GARCÍA SUÁREZ

1 Introducción

El término anciano se utiliza para referirse a las personas que se encuentran dentro de los parámetros de lo que se llama tercera edad o personas mayores. La Organización Mundial de la Salud (OMS) establece tres etapas:

- Adulto mayor o anciano joven, de 60 a 74 años.
- Anciano, de 75 a 90.
- Anciano longevo o grandes viejos, de 90 años en adelante.

El envejecimiento constituye un proceso multidimensional de los seres humanos que es normal, progresivo, continuo e irreversible. Es la consecuencia de la acumulación de daños moleculares y celulares a lo largo de la vida, produciéndose un descenso gradual de las capacidades físicas y mentales, lo que puede ocasionar enfermedades, dependencias y discapacidades, y produciéndose finalmente la muerte.

La esperanza de vida que se ha ido alargando a lo largo de la historia, pero ello puede representar un problema a nivel social, económico, sanitario, etc. Con el

aumento de la edad, la esperanza de vida libre de discapacidad y/o dependencia disminuye, por ese motivo, es importante llegar a esas edades con un buen estado de salud, evitando las enfermedades crónicas, que actualmente padecen la mayoría de las personas mayores, y no solo mantener la salud física, sino también la salud psicológica y continuar con su participación a nivel social, esto se logra con un envejecimiento activo, para conseguir que este sector sea autónomo el mayor tiempo posible, evitar discapacidades y dependencias en la medida de lo posible y mejorar su calidad de vida.

2 Objetivos

Conocer las funciones del técnico en cuidados auxiliares de enfermería (TCAE) respecto a la atención y cuidado de las necesidades básicas del anciano.

3 Metodología

Se ha llevado a cabo una revisión bibliográfica en las principales bases de datos, como scielo y Medline, así como en páginas web relacionadas con el tema a tratar, utilizando las palabras clave: anciano, cuidados del anciano, cuidados del TCAE, envejecimiento activo.

4 Resultados

Dado que cada vez hay más población anciana, el papel del técnico en cuidados auxiliares de enfermería es muy importante, pues es el que más en contacto está con estas personas, debiendo ser su objetivo primordial su cuidado, cubriendo sus distintas necesidades y proporcionándoles unos cuidados básicos:

- Higiene: el objetivo del aseo, es la limpieza y la hidratación de la piel de los ancianos evitando enfermedades e infecciones y proporcionándole bienestar. Para ello hay que tener en cuenta el grado de dependencia de la persona, pues si puede por sí solo, hay que fomentar su autonomía, si es dependiente es función del TCAE realizarle el baño o aseo, con temperatura del agua adecuada, jabón neutro, secando bien y con suavidad, sobre todo en los pliegues y preservando en todo momento la intimidad de la persona.

También hay que prestar especial atención a la higiene bucal, que debe realizarse después de cada comida o cuando sea preciso, para prevenir infecciones. Si la persona mayor no puede hacerlo sola, el TCAE debe realizarla, aplicando después

vaselina, para hidratar los labios. En caso de utilizar una prótesis dental también deberá lavarse diariamente.

- Alimentación y nutrición: recibir las bandejas de comida, servirla, ayudar a quien lo necesita y administrar la comida a los que no pueden comer solos, prestando atención a las dificultades de cada persona en la deglución y cuidando la hidratación.
- Eliminación: a la eliminación digestiva, prestando atención a las deposiciones (frecuencia, aspecto, consistencia), así como a la urinaria (llevando al baño a quien lo necesite, poner y quitar cuñas, cambios de pañal tantas veces sea necesario para evitar rojeces, úlceras, infecciones, a los ancianos incontinentes.
- Movilización: ayudar en la deambulación, así como en el uso de dispositivos de ayuda, cambios posturales, sobre todo a los encamados, para evitar úlceras. Fomentar la actividad física, siempre que no esté contraindicada y dentro de sus capacidades.
- Cuidados de higiene del sueño: casi el 50 % de los ancianos tiene problemas de sueño, ya sea para su conciliación, como por no tener un descanso reparador. El TCAE debe conocer métodos de relajación y de modificación de conductas, para intentar mejorar la calidad del sueño de los ancianos, con rutinas y horarios a la hora de dormir, manteniendo una temperatura de la habitación adecuada, en un ambiente tranquilo, a oscuras (con un pequeño punto de luz, que no interfiera en el sueño, pero le facilite si se levanta al baño), con ropa cómoda, cenas ligeras, evitando acostarse nada más cenar.

Estos cuidados básicos son a nivel físico, cubriendo sus necesidades más primarias, pero también hay que prestar atención a sus necesidades psicológicas y sociales.

5 Discusión-Conclusión

El envejecimiento es un proceso natural de todos los seres vivos, que produce cambios en el organismo, estos cambios pueden ser positivos o negativos, según nuestro estilo de vida. Por ello es muy importante un envejecimiento activo. La OMS define el envejecimiento activo como "el proceso de optimización de las oportunidades de salud, participación y seguridad con la finalidad de mejorar la calidad de vida de las personas a medida que envejece". Envejecer bien, no es solo no tener enfermedades, sino mantenerse bien tanto a nivel físico como psicológico, para intentar prevenir la discapacidad en las personas mayores.

El TCAE debe intentar mantener la autonomía de las personas mayores el mayor tiempo posible, aumentando con ello su autoestima y cuando ya no es posible,

por el deterioro físico y/o mental, es su función ayudarles en todo lo necesario y proporcionarles los cuidados necesarios que le proporcionen bienestar, lo dignifiquen y mejoren su calidad de vida.

6 Bibliografía

1. <https://www.bing.com/search?q=cuidados+del+anciano+oms&qs=n&form=QBRE&sp=-1&pq=cuidados+del+anciano+o&sc=0-22&sk=&cvid=34DB63CCB8A4404F88A9F912A1E9B924#>.
2. https://es.wikipedia.org/wiki/Cuidado_de_ancianos.
3. <https://www.consejosdelimpieza.com/2016/07/higiene-del-anciano.html>
4. www.parancianos.com/como-define-la-oms-la-tercera-edad/.
5. <https://definicion.de/anciano>.

Capítulo 137

REHABILITACIÓN DE PERSONAS CON DROGODEPENDENCIA

MARÍA GRANDA ÁLVAREZ

MONICA ARDURA RODRIGUEZ

ESTHER GARCIA ALVAREZ

LETICIA SUÁREZ LEAL

ANA ISABEL PRENDES FERNÁNDEZ

1 Introducción

Identificar un perfil psicosocial en el que destaquen posibles factores de riesgo, de vulnerabilidad o de protección relacionado con el éxito de la intervención en drogodependencias es de gran importancia para la mejora de los programas. Primero, los propios programas de tratamiento, para poder diseñar estrategias de reinserción y rehabilitación para cada drogodependiente de forma específica y para sus familias, por otra parte la prevención para jóvenes y sus familiares que presentar un mayor riesgo de consumo y recaída. La Sociedad Española de Toxicomanía reconoce la importancia de la investigación en drogodependencias, además de resaltar la colaboración entre instituciones y los distintos tipos de investigación mas básica, epidemiológica, preventiva o social.

Los estudios se basan en identificar y entrevistar a una muestra lo mas amplia posible de personas que han pasado por un tratamiento de desintoxicación determinado, y evaluar fundamentalmente su situación de no-consumo y otras vari-

ables familiares, laborales, económicas, judiciales, salud, etc, por lo que se pueda valorar si el proceso ha sido exitoso o no.

Cuanto mas consumo antes, mayor riesgo de volver a consumir. Las mujeres suelen tener mejores índices de inserción , con menos delincuencia y mas probabilidades de empleo tras el tratamiento. Las recaídas mas frecuentes tienen que ver con la depresión y el trastorno antisocial.

Se pretende analizar con estos métodos, los posibles factores de protección y de vulnerabilidad en función de las características del consumo, la situación personal y los factores familiares que puedan relacionarse con el éxito del tratamiento, con alta terapéutica, o el abandono temprano del mismo.

2 Objetivos

Conocer las principales características de las personas con drogodependencia.

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

La muestra para el estudio ha sido seleccionada del total de las personas atendidas , debiendo cumplir los requisitos de tener mas de dieciocho años y haber acudido al centro por tener problemas con el consumo habitual de drogas.

-Mediante la fiscalía Especial antidroga y los cuerpos de fuerzas y seguridad del Estado, ocupándose del control de tráfico , los objetivos de la política nacional de drogas se basa en reducir los consumos así como la disminución de la oferta y los riesgos que ésta conlleva para la salud personal.

-Dando mayor prioridad a desarrollar y ampliar los modelos integrados de atención sanitaria, cubriendo las necesidades, relacionadas con los problemas sanitarios de tipo mental o físico, apoyo social , la reinsercion social y restablecimiento de de los consumidores de droga dependientes y problemáticos, incluyendo los

que sufren la presencia de uno o mas trastornos además de la enfermedad o trastorno primario.

-Dejando de hacer mención en la criminilización y sanción de personas que consumen drogas, para hacer mas hincapié en los derechos humanos, la salud pública y el desarrollo socio-económico, para dar mejores resultados tanto a nivel social y sanitario. Poniendo leyes estrictas que prohíban el consumo, producción y distribución de la droga.

-A parte de todos los centro terapéuticos , las medidas de los cuerpos de seguridad y la parte sociosanitaria , existen también organizaciones no gubernamentales (ONG) que ayudan a la población luchando contra la exclusión, propagación de enfermedades , integración sin ánimo de lucro y de forma totalmente voluntaria, promoviendo la educación y los derechos sociales.

Las edades de los participantes están comprendidas entre los dieciocho y los cincuenta y seis años y todos presentan abuso de drogas en relación con la curva de relación normal, hay más usuarios de veinticinco y treinta años y de cuarenta años que la distribución habitual.

En relación con el estado civil, el mayor porcentaje son solteros.

Si atendemos a las personas con las que en el momento del estudio están conviviendo, encontramos que la mayoría vive con sus padres, otros con otros familiares, un menor porcentaje con su pareja, o con su pareja e hijos, menor porcentaje vivían en situaciones inestables, un pequeño porcentaje solo, o con amigos y por último un 1 % en un medio protegido.

En general, sobre las altas terapéuticas, y según sus estadísticas globales, el número de altas ha ido creciendo progresivamente.

5 Discusión-Conclusión

La politoxicomanía, en gran proporción de usuarios, estaría caracterizada por el uso de cocaína, cannabis y alcohol, fundamentalmente.

El grupo mas joven está soltero y tiene importantes conflictos con su familia, padres y hermanos, y los mayores están casados y tienen hijos y presentan sus conflictos con su pareja.

Bajo mi punto de vista son persona muy vulneables, con poca confianza en si mismos y que se dejan llevar por los demás.

La edad de inicio del consumo, comienzan con el alcohol a los 15 años, personas que intentan agradar a todo el mundo sin importarle lo mas mínimo su propia vida, después el cannabis y posteriormente los inhalantes. Seguido pasan al grupo

de los alucinógenos, las anfetaminas, la cocaína, la heroína. Y por último un pequeño porcentaje la metadona a mayor edad.

Así poco a poco van acabando con su vida y con la de sus familiares. Hacen cualquier cosa con tal de conseguir su dosis y eso no significa que no quieran a los suyos, sino, que su adicción está por encima de todo. es una enfermedad adquirida a lo largo de sus vidas

Atendiendo al perfil familiar, se encuentra que tienen antecedentes familiares con adicción al alcohol y drogas, pero tb influye las amistades..

Los centros terapéuticos ayudan muchísimo, la reinserción social es importantísima, pero está claro que del porcentaje que sale de ésto es porque verdaderamente quieren, o se han aferrado a algun tipo de creencia, cultura que les ayuda a ver la luz, pero de nada sirve que los familiares los ingresen por obligación, porque quien no quiere salir del pozo...puede que cumplan al principio.. pero generalmente abandonen la terapia , generando una frustración mayor que les lleva a los mas fácil para ellos, la droga.

Intentando que la tasa de abandonos fuese menor cada año con éste tipo de medidas y ayudas.

6 Bibliografía

Luis Valero-Aguayo, Margarita Ortiz-Tallo. María del Mar parra García y Marta Jiménez Guerra

Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológico, facultad de Psicología, universidad de Málaga, España

Capítulo 138

REQUERIMIENTOS EN EL RECIÉN NACIDO O BEBÉ: EXPOSICIÓN POR EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA

JENNIFER EMILIANA DELGADO FLORES

NATIVIDAD GEMA PÉREZ FDEZ DE QUERO

CARMEN VAZQUEZ JIMENEZ

NICOLAS GARCIA QUILES

GEMA HUERTAS MONREAL

1 Introducción

La asistencia que se deberá prestar inmediatamente al recién nacido es muy significativa en lo que respecta a su salud y la posterior calidad de vida que pueda tener, las pruebas y evaluaciones a las que va a ser sometido en las primeras horas de vida darán como resultado la detección precoz de malformaciones o enfermedades congénitas, si las tuviera y así poder tratarlas a tiempo por los especialistas correspondientes para minimizar sus consecuencias.

La orientación e información a los nuevos progenitores del recién nacido, será de especial importancia, puesto que evitara errores en el manejo y el cuidado del recién nacido o bebé a la hora de la alimentación del adecuado uso de la ropa

al vestirlo, de las recomendaciones, cuando llega el baño y la limpieza, además de en las múltiples tareas en las que los nuevos progenitores son más inexpertos y menos diestros, por ello la información y orientación será tarea del personal sanitario cada uno siempre dentro de sus competencias ya que será necesaria y primordial para la vida del nuevo miembro de la familia,

Al recién nacido o bebé se le realizarán, los cuidados inmediatos directamente en el paritorio,

Esta asistencia es primordial a la hora de evitar al bebé un porcentaje muy alto de enfermedades, se le deberá proporcionar una supervisión especial, sobre todo en los cuidados de limpieza básicos, así como en la adecuada ligadura del cordón y los correspondientes exámenes físicos, verificar el tipo de grupo sanguíneo o la administración de vacunas y vitaminas.

2 Objetivos

- Explicar la técnica del baño en el recién nacido o bebé a término.
- Poner de manifiesto la importancia de lavado antes y después de la caída del cordón umbilical

3 Metodología

Para elaborar este trabajo, se ha llevado a cabo una investigación responsable en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha llevado a cabo una búsqueda sistemática de artículos, tesis y publicaciones en las principales bases de datos: Google y Google Academy, páginas de cuidados en el recién nacido, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

Uno de los cometidos del Técnico en cuidados auxiliares de enfermería y del personal enfermero, será la higiene del recién nacido o bebé que detallaremos a continuación

1. Limpiar la boca y nariz de mucosidades o sangre que puedan ser inspirados. En los nacidos por cesárea, ya no se tiende a practicar el lavado gástrico.

2. Se examina el cierre del paladar. Se verá la existencia de dientes o de infección bucal (manchas blanquecinas o muguet por infección por candidas). Se verá la lengua (macroglosia en el síndrome de Down).
3. Se realiza la técnica de Credé, poniendo unas gotas de nitrato de plata al 1% o penicilina en ambos ojos para prevenir una eventual infección gonocócica. Si se utiliza nitrato de plata, se limpiarán posteriormente los ojos con suero fisiológico.
4. Limpiar suavemente la piel, secando con toalla caliente y estéril.
5. El cordón umbilical se limpia con gasa estéril empapada en antiséptico. Se liga con dos pinzas (pinza de Bar)
6. Hasta que no se desprenda el cordón, no conviene el baño completo, ni mojar la herida umbilical por riesgo de infección. Se lavará con esponja o algodón húmedo, dejándolo secar.
7. El contacto piel con piel inmediato e ininterrumpido tras el parto se realizará al menos las dos primeras horas de vida o durante el tiempo que la progenitora desee.
8. El inicio de la lactancia materna debe ser inmediato tras el parto, siempre que se pueda. Se realiza el contacto piel con piel dejando que comience a mamar de forma espontánea y sin interferencias, durante el tiempo que precise.
9. Se debe diferenciar el baño del recién nacido o bebé antes (por partes) o después (por inmersión) de la caída del cordón umbilical.
10. El cordón umbilical se desprende hacia el séptimo día, una vez la herida umbilical esté cicatrizada.
11. Se debe comprobar en el recién nacido o bebé masculino la bajada de los testículos a la bolsa escrotal, cuya ausencia constituye la criptorquidia.
12. No es necesario bañar al bebé todos los días pudiéndose alternar los baños enteros con lavados por partes. El mejor momento es antes de la toma, siempre y cuando no tenga mucha hambre. Debido a que los recién nacidos pierden calor corporal fácilmente, debe mantenerse el cuarto caliente y sin corrientes.

5 Discusión-Conclusión

Llegamos a la conclusión a partir de la descripción en este artículo del baño del recién nacido o bebé de que los cuidados inmediatos en lo que refiere al recién nacido o también llamado neonato, dan comienzo ya en la sala de paritorio, con la realización de las pruebas que correspondan por protocolo pero que, si se viera algo anormal, se deberían complementar con otras más específicas, uno de los cuidados que desarrollamos los Técnicos en cuidados auxiliares de enfermería es el de la higiene del recién nacido o bebé y que es de vital importancia realizarlo

adecuadamente y tener los conocimientos necesarios para saber cómo realizar esta técnica del baño diferenciando si es antes de la caída del cordón umbilical o posterior a la caída, de ello va a depender el bienestar del recién nacido.

6 Bibliografía

1. <https://www.mastersadistancia.com/articulos/la-importancia-de-la-enfermeria-en-el-cuidado-de-los-recien-nacidos028167.html#:text=La%20atenci%C3%B3n%20inmediata%20al%20reci%C3%A9n,que%20>
2. <https://www.revista-portalesmedicos.com/revista-medica/el-tcae-en-la-unidad-de-neonatalogia/2/>
3. <https://www.fp-santagema.es/protocolo-de-manipulacion-de-neonatos/>
4. <https://www.aeped.es/sites/default/files/6-guiarnhu12oct.pdf>

Capítulo 139

TÉCNICA DE IONTOFORESIS EXPOSICIÓN POR EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA

NICOLAS GARCIA QUILES

JENNIFER EMILIANA DELGADO FLORES

NATIVIDAD GEMA PÉREZ FDEZ DE QUERO

CARMEN VAZQUEZ JIMENEZ

GEMA HUERTAS MONREAL

1 Introducción

La administración de medicamentos se pone en práctica por diversas vías de administración siendo una de ellas y la cual hoy vamos a describir en esta exposición será la vía tópica, en que, el medicamento se administra y aplica sobre determinadas áreas del cuerpo, cuando nos referimos al efecto tópico, estamos hablando del efecto a nivel local que va a producir el medicamento aplicado en nuestro cuerpo.

Administración de las pomadas, geles y antisépticos. Las maneras de presentación de estos son polvo, pomada, pasta, loción, crema, gotas y pulverizadores en la garganta para realizar gargarismos. La peculiaridad de esta vía es

que busca fundamentalmente el efecto a nivel local, no interesando la absorción de los principios activos. El orden de absorción de mayor a menor absorción es primero el de las cremas luego pomadas o ungüentos y en último lugar las pastas las cuales están compuestas de polvos y grasas a partes iguales.

En la aplicación de pomadas debe desecharse la parte que contacta con el tapón. Dentro de las vías consideradas tópicas se encuentra la vía transdérmica o percutánea, mediante la colocación de un parche que permite el paso a velocidad programada o durante un tiempo determinado, de la sustancia, entrando a la circulación general a través de los capilares dérmicos. Están dotados de una lámina de recubrimiento impermeable, una capa adhesiva para fijarlo a la piel y un reservorio de principio activo del cual se libera el producto.

2 Objetivos

- Exponer la descripción de la vía de administración de medicamentos por vía tópica y los pasos a seguir para realizar un procedimiento correcto de la técnica de la iontoforesis.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, lectura de protocolos de hospitales, así como guías básicas para Técnicos en cuidados de enfermería. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

La iontoforesis es otra técnica de aplicación de medicamentos por vía Tópica y se basa en la introducción de iones de sustancias activas a través de la piel, y que, gracias a la aplicación de corriente continua de muy baja intensidad en los tejidos, esto se realizara procediendo a la colocación de 2 electrodos. De esta manera se va a conseguir que ciertos medicamentos puedan atravesar la piel y poder realizar la función y el efecto para los que fueron diseñados, en el interior del organismo, con esta técnica se evitara su paso por el tubo digestivo y así evitaremos y no se tendrá la necesidad de administrarlos por vía inyectable, lo cual repercutirá

en un descanso y beneficio para la salud y tranquilidad del paciente. Se utiliza en el tratamiento de la hiperhidrosis y la realización del test del sudor para el diagnóstico de fibrosis quística y en fisioterapia para tratar procesos inflamatorios agudos de origen muscular o articular.

Precauciones y acciones de la administración por vía tópica.

- Precauciones.

- Prescripción facultativa.

- Comprobar el nombre del paciente, alergias, efectos secundarios y manera de aplicación.

- Acciones.

- ☒ Lavado higiénico de manos.

- ☒ Explicarle la atención que se va a prestar.

- ☒ Ayudar al enfermo a colocarse en posición cómoda.

- ☒ Verificar si el medicamento a administrar corresponde con la prescripción médica.

- ☒ Descubrir la zona afectada.

- ☒ Limpiar la zona con una torunda empapada en antiséptico o suero fisiológico, si está indicado.

- ☒ Si hay lesiones cutáneas, póngase guantes estériles.

- ☒ Aplicar sobre la zona afectada la cantidad adecuada de gel o pomada.

- ☒ Extender con el depresor, gasa o guante de masaje, si está indicado.

- ☒ Firmar la administración en la Hoja de Tratamiento.

- ☒ Registrar y notificar cualquier anomalía.

5 Discusión-Conclusión

La importancia que tiene la correcta administración de los medicamentos por vía tópica, es fundamental para el enfermo por ellos siempre deberemos de contrastar todos los procedimientos adecuadamente, deberemos comprobar que el enfermo correcto, el medicamento correcto, la vía de administración correcta, la dosis correcta y la hora correcta, con esto nos estamos refiriendo a los cinco ítems de obligado cumplimiento por cualquier usuario que va proceder a administrar un medicamento pero en especial al personal sanitario de cualquier institución ya sea hospitalaria o centros de internamiento, es de vital importancia para evitar errores en la administración de los medicamentos y que repercuta negativamente en el paciente.

6 Bibliografía

1. <https://www.revista-portalesmedicos.com/revista-medica/diversas-vias-de-administracion-de-medicacion/>
2. <https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/007293.htm>
3. <https://www.fisioterapia-online.com/glosario/tecnica-de-iontoforesis>

Capítulo 140

MEDICAMENTOS SU MANTENIMIENTO Y ALMACENAJE POR EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA

GEMA HUERTAS MONREAL

JENNIFER EMILIANA DELGADO FLORES

NATIVIDAD GEMA PÉREZ FDEZ DE QUERO

CARMEN VAZQUEZ JIMENEZ

NICOLAS GARCIA QUILES

1 Introducción

Condiciones de almacenamiento y conservación de medicamentos.

Todo medicamento ha de mantenerse en condiciones idóneas que impidan su alteración. Los laboratorios de especialidades farmacéuticas cuidan del acondicionamiento correcto, por lo que la primera práctica a seguir es la de mantener los medicamentos en sus propios envases originales. La mayoría de los medicamentos se mantienen a una temperatura entre 5 y 22° C.

Los medicamentos estarán almacenados de forma que en cualquier momento se puedan identificar: nombre registrado, composición, vía de administración, fecha de caducidad, lote y condiciones especiales de conservación, por lo que se

deben mantener los medicamentos en sus correspondientes envases originales, cuidando las condiciones ambientales de luz, humedad y temperatura.

En cualquier suspensión oral extemporánea o solución liofilizada parenteral, una vez ya reconstituidas, se debe de escribir en la etiqueta la fecha de reconstitución, que teniendo en cuenta su tiempo de estabilidad reconstituido, nos dará el periodo de validez. Además, deberá tenerse en consideración si precisa condiciones especiales de conservación (proteger de la luz, nevera etc.)

Las unidades de antisépticos se utilizarán una sola vez y de modo inmediato después de la apertura del envase. Los envases no abiertos tendrán una fecha de validez máxima de seis meses a partir de la fecha de reenvasado.

2 Objetivos

- Describir la importancia que tiene la conservación y dispensación de los medicamentos además de señalar los símbolos con los que nos podemos encontrar y así poder identificar estos en los envases y saber con qué medicamento estamos trabajando.

3 Metodología

Se ha llevado a cabo una revisión bibliográfica, para ello se han consultado diferente bibliografía.

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, lectura de protocolos de hospitales, así como guías básicas para Técnicos en cuidados de enfermería. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y además, se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

En las formas líquidas orales como pueden ser los jarabes, las soluciones o las suspensiones, entre muchas otras en estas se deberá anotar en el envase la fecha siempre de apertura, y nunca deberá utilizarse cuando haya pasado más de un mes desde la fecha en la que se abrió y utilizo. Las suspensiones son las que deben ser restituidas y sólo se utilizarán estrictamente, durante el plazo de validez que figure y nos detalle en su envase.

En lo que respecta a la conservación de la insulina. Siempre se sea abierto y se empiece un envase, se deberá mantener a una temperatura ambiente entre los 15-30° centígrados, estos, además, tienen periodo de vigencia el cual será, máximo de un mes. Si la temperatura que existe en el ambiente fuera demasiado alta, se deberá realizar su conservación en nevera. La insulina de reserva se almacena en nevera, aunque si se congela hay que desecharla.

Caducidad, termolabilidad y fotosensibilidad.

Para una idónea conservación y posterior dispensación los envases de los medicamentos deben y llevan impresos unos símbolos cuyo significado lo describimos a continuación:

X Caducidad inferior a cinco años.

* Medicamento termolábil (Frigorífico).

☒☒☒ Dispensación con receta médica.

☒☒☒ Receta de psicótropo. Además, si la mitad izquierda del círculo es negra

☒☒ Receta de estupefaciente.

TLD. Tratamiento de larga duración o dispensación renovable.

EC. Envase clínico.

EFG. Especialidad farmacéutica genérica.

EFP. Especialidad farmacéutica publicitaria.

DH. Medicamento de diagnóstico hospitalario o de prescripción por determinados médicos especialistas.

H. Medicamento de uso hospitalario.

ECM. Especial control médico.

MTP. Medicamento Tradicional realizado a base de plantas.

Un sol con una nube en un triángulo rojo indica fotosensibilidad.

Un coche dentro de un triángulo rojo indica riesgo en la conducción.

5 Discusión-Conclusión

A través de este artículo de la descripción de la conservación de los medicamentos y almacenamiento, llegamos a la conclusión de la importancia de seguir las pautas, directrices o recomendaciones y sobre todo en cuanto a mantenerlos y su almacenaje ya que de ello va a depender su utilización o que quede en condiciones que no se pueda utilizar, los medicamentos son muy sensible a la luz, a las altas temperaturas y sobre todo en especial de la humedad llegando a ser esta la que más les afecta, debemos comprobar siempre el plazo de vigencia del medicamento, apuntar siempre la fecha de apertura, para realizar esto correcta-

mente disponemos de una simbología de la que debemos ser conocedores como profesionales sanitarios.

6 Bibliografía

1. <https://docplayer.es/94968575-Estudio-de-factibilidad-para-el-desarrollo-de-una-unidad-centralizada-de-mezclas-intravenosas.html>
2. <https://slideplayer.es/slide/12646673/>
3. Ricote-Lobera I., Ortiz-Martín B., Fraile-Gil S., Santos-Mena B., Hidalgo-Correas F. J., García-Díaz B.. Estabilidad de los medicamentos termolábiles ante una interrupción accidental de la cadena de frío. Farm Hosp. [Internet]. 2014 Jun [citado 2022 Mar 20] ; 38(3): 169-192. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1130-63432014000300004&lng=es.
<https://dx.doi.org/10.7399/FH.2014.38.3.1164>.

Capítulo 141

LA IMPORTANCIA DE LA PREVENCIÓN EN LAS ÚLCERAS POR PRESIÓN POR EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA

JESSICA MATEOS DE ARRIBA GARCIA MIGUEL

KATTY MARICELA REYES HEREDIA

SONIA SIERRA COLLAZOS

ESMERALDA LAJARA MERCHANTTE

MARGARITA VIGARA NUÑEZ

1 Introducción

Partiendo de la definición de las úlceras por presión (UPP) son muchos los cambios que estas han sufrido a lo largo de su historia, observándose gran variedad de estas durante la revisión bibliográfica, atendiendo a la primera definición dada por John Shea en 1975 donde concedía a las úlceras el título de “cualquier lesión provocada por una presión ininterrumpida que provoca lesión en el tejido subyacente”.

Tras numerosas actualizaciones, (la última de ellas la realizada en 2009 de forma conjunta entre el National Pressure Ulcer Advisory Panel (NPUAP) y el European

Pressure Ulcer Advisory Panel (EPUAP) el GNEAUPP (Grupo nacional para el estudio y asesoramiento en Úlceras por presión y Heridas crónicas) propone definir las UPP como “ una lesión limitada en la piel y/o el tejido profunda por lo general sobre una prominencia ósea, como derivación de la presión, o de la presión en mezcla con las fuerzas de cizalla. En ocasiones, también pueden aparecer sobre tejidos blandos sometidos a una presión externa por desiguales materiales o por los dispositivos clínicos.

Las UPP se desarrollan en cuatro estadios, siendo el más leve el Estadio I (piel intacta con enrojecimiento) al más grave, el Estadio IV (pérdida total del espesor del tejido con exposición del hueso, tendón o músculo). Actualmente la escala más empleada para su valoración y predicción es la escala de Braden-Bergstrom la cual evalúa siete puntos: percepción sensorial, la exposición de la piel a la humedad, actividad física, movilidad corporal, nutrición, roces y peligros de lesiones).

Son los principales condicionantes de riesgo para la aparición de UPP: la edad (ser mayor de 60 años), la obesidad o desnutrición, características de la piel, deficiencias motoras o sensoriales, alteraciones en los procesos de eliminación de desechos corporales, inmovilidad prolongada, compromiso del sistema inmunológico o vascular periférico y alteraciones del estado de conciencia.

2 Objetivos

- Evaluar la importancia que representa en cuanto a resultados, un mayor desempeño del trabajo de prevención en materia de tratamiento de las úlceras por presión.
- Estudiar la importancia que poseen los auxiliares de enfermería a la hora del tratamiento de prevención de las úlceras por presión.

3 Metodología

Se trata de una revisión bibliográfica para cuya realización se emplean distintas bases de datos como son Scielo, PUBMED y Google Académico; así mismo se consultan revistas electrónicas como Elsevier, Gerokomos o la revista de Enfermería C y L, y páginas web como la GNEAUPP. Respecto a las palabras clave utilizadas son: auxiliar de enfermería, úlcera por presión, prevención y tratamiento.

4 Resultados

En primer lugar, revistas consultadas como por ejemplo la titulada Ciencia y salud, señalan una prevalencia mundial de las UPP entorno al 5 - 12%, elevándose a una prevalencia global media de entorno al 18,3 % recogido en un estudio piloto realizado por la EPUAP.

Por otro lado, en la revista Enfermería C y L se hace mención de que estas elevadas tasas de prevalencia representan en España la atención de unos 80.000 pacientes diarios afectados por UPP. Como consecuencia de estos hechos recogen en su texto la importancia de esta dolencia, siendo un importante problema en la actualidad, no solo a nivel de salud, sino en materia de calidad de vida de los pacientes y sus cuidadores, y el elevado consumo de recursos para el sistema de salud. Es por todo ello por lo que mencionan la importancia en materia de prevención en este campo, siendo una de las 8 áreas específicas de prácticas seguras que promueve el Ministerio de sanidad, recogida en el Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud.

Entendiendo el termino evento adverso (EA), según la ENEAS como todo accidente imprevisto e inesperado, registrado en la historia clínica, que ha ocasionado una lesión o/y una incapacidad o/y prolongación de la estancia o/y el fallecimiento, que es procedente de la asistencia sanitaria y no así de la enfermedad base que tiene el paciente; la revista Gerokomos señala que la incidencia de los EA relacionados con la asistencia sanitaria se sitúa entre el 9,6 y 8,2 %, ocupando un cuarto lugar con un 7,8 % los relacionados con la asistencia en los cuidados y de estos siendo las UPP las primeras en el ranking con un 3,9 %. Del mismo modo este estudio afirma que el 57 % de estos EA serian evitables. Estas cifras, junto con la enunciada por la "Silahue" en las revistas anteriormente aludidas, de ser las UPP un 94 % evitables, y el importante gasto sanitario y costo económico que el tratamiento de las mismas recae para España en unos 61 millones de euros, no conciben más que subrayar la importancia en materia de la prevención de las mismas.

En lo que a la importancia de los técnicos en cuidados auxiliares de enfermería (TCAE) en materia de prevención se refiere, esta revista destaca el elevado porcentaje de conciencia de la gravedad que suponen las UPP en el entorno hospitalario, situando a los TCAE en ocasiones por encima de médicos o enfermeros. Esto junto con el conocimiento de cuáles son los principales condicionantes causantes de UPP hace que este personal destaque la importancia en el papel de prevención de esta dolencia al resaltar entre sus funciones medidas específicas como las que respectan al cuidado de la piel(manteniendo la piel seca, limpia y

bien hidratada), el manejo de la presión (realizando cambios posturales cada 2/3 horas si esta encamado y uso de adecuadas superficies de apoyo como cojines de aire) y el soporte nutricional (empleo de suplementos nutricionales), recogidas en La Revista Médica.

5 Discusión-Conclusión

A lo largo de esta revisión se ha podido observar como a pesar de no tratarse de patologías graves, las úlceras por presión pueden condicionar seriamente la calidad de vida y estado del paciente, siendo por ello uno de los principales indicadores en cuanto a calidad asistencial en pacientes ingresados.

Además de este importante impacto que ocasiona en la vida de los afectados, se ha comprobado su alta prevalencia y el elevado gasto económico que estas representan. Es por ello, junto con el hecho de que un 94 % de las mismas parezcan ser evitables que una mayor inversión en materia de prevención supondría una mejora, tanto en el aspecto monetario como en el sanitario, llegando a evitar que estas desarrollen en problemas más graves o directamente logrando que estas no tengan lugar.

Los TCAE demostraron ser unos de los más implicados en cuanto al conocimiento de la gravedad que esta patología representa; esto junto con que sus competencias coinciden en gran medida con las pautas a llevar a cabo para un tratamiento correcto que evite la aparición de las UPP, parece convertirlos por tanto en el personal idóneo en el que centrar el aumento de recursos con los que mejorar su conocimiento respecto al tratamiento de prevención de las mismas.

6 Bibliografía

1. Hernández, G. R., Meléndez Méndez, C., Fang Huerta, M. A., González Salinas, J. F., Castañeda Hidalgo, H., & Argumendo Perez, N. E. (2017, 3 diciembre).
2. Homs-Romero, È., Esperón Güimil, J. A., Rodríguez Loureiro, T., Cegri Lombardo, F., Cueto Pérez, M., Paniagua Asensio, M. L., Fluja Jiménez, A., Fontseré Candell, E., & Rodríguez Cambor, M. (2018, 8 marzo).
3. Serrano, L. M., González Méndez, M. I., Carrasco Cebollero, F. M., & Lima Rodríguez, J. S. (2017, 1 agosto). Condicionantes de riesgo asociados al desarrollo de úlceras por presión en unidades de cuidados intensivos de adultos: revisión sistemática | Medicina Intensiva. Medicina Intensiva, 41.
4. Rubio Luna, L. M., Delgado Rendón, C., & Vázquez Gálvez, J. (2019, 9 mayo). Estudio de las úlceras por presión y el papel del técnico en Cuidados Auxiliares

de Enfermería. Cronos - Editorial Científico-Técnica.

5. Lima-Serrano, M., González Méndez, M. I., Martín Castaño, C., Alonso Araujo, I., & Lima Rodríguez, J. S. (2018, 1 marzo). Validez predictiva y fiabilidad de la escala de Braden para valoración del riesgo de úlceras por presión en una unidad de cuidados intensivos | Medicina Intensiva. *Medicina Intensiva*, 42(2).

6. Jd, S. (1975, 1 octubre). Pressure sores: classification and management. Abstract - Europe PMC. <https://europepmc.org/article/med/1192654>.

7. García Fernández FP.; Soldevilla-Ágreda JJ; Pancorbo-Hidalgo PL; Verdú Soriano J; López-Casanova p; Rodríguez-Palma M. Clasificación-categorización de las lesiones relacionadas con la dependencia. Serie Documentos Técnicos GNEAUPP nº II. Grupo Nacional para el Estudio y Asesoramiento en Úlceras por Presión y Heridas Crónicas. Logroño.

Capítulo 142

COMPETENCIAS EN UN SONDAJE URINARIO DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA

ESMERALDA LAJARA MERCHANT

JESSICA MATEOS DE ARRIBA GARCIA MIGUEL

KATTY MARICELA REYES HEREDIA

SONIA SIERRA COLLAZOS

MARGARITA VIGARA NUÑEZ

1 Introducción

Frederic Eugene Basil Foley fue el que concibió la sonda urinaria. El sondaje vesical es una técnica estimada como invasiva que consiste en la inserción de una sonda vesical a través de la uretra hasta llegar a la vejiga, con el fin de tener una salida para la orina. Tiene fines diagnósticos y terapéuticos. Según el tiempo de permanencia en el paciente la sonda puede ser permanente, temporal o intermitente. Corrientemente esta técnica la realiza el personal de enfermería, pero si hubiera complicaciones durante la realización de la inserción siempre será derivado al médico.

En el siglo X, se realizó por primera vez y se registró oficialmente la introducción de una sonda vesical, esta era flexible ya que estaba fabricada con cuero

de animales. Frederic Eugene Basil Foley, fue el inventor de la sonda urinaria, por eso esta lleva su nombre. Suele variar de un estudio a otro la determinación de la prevalencia del sondaje vesical. Pero según los últimos datos que aportó el estudio EPINE que se realizó en el año 2015, oscila más o menos, en un 19 % las infecciones del tracto urinario (ITU), que se detectarán en los hospitales, entrando dentro de la clasificación como infecciones nosocomiales viendo que derivaban del sondaje vesical. Sus cifras son de un 19,3 %.

Las sondas nos las podemos encontrar de diferentes materiales como pueden ser de látex, silicona, PVC o hidrofílica. Es completamente imprescindible que los profesionales de enfermería tengan el correcto conocimiento y la práctica de esta técnica para poder realizarla con la máxima esterilidad y así evitar que haya riesgo de complicaciones, siendo tan frecuentes las ITU secundarias a la introducción de una sonda vesical.

2 Objetivos

- Explicar el concepto de sondaje vesical, los tipos de sondaje vesical y sondas vesicales.
- Describir las indicaciones y las contradicciones que tiene, el procedimiento y los materiales necesarios.

3 Metodología

En este artículo se ha realizado una revisión bibliográfica sobre el sondaje vesical, tipos, procedimiento, indicaciones y contradicciones del mismo, recopilando información durante meses con su posterior ordenación, análisis y cribaje. Se consultarán bases de datos como Cuiden Plus, Teseo, Medline, etc. Para la búsqueda se usarán palabras claves como catéter urinario, catéter de permanencia, retención urinaria...

4 Resultados

Para hacer un sondaje vesical o cateterización urinaria, según el tiempo que vaya a persistir la sonda, estas se pueden catalogar en:

- Permanente de larga duración: duración de 30 días o más.
- Temporal o de corta duración: menor de 30 días.

- Intermitente o evacuatorio: como su nombre indica se puede utilizar, para un drenaje puntual de orina o para administrar un fármaco.

Los recursos necesarios para el sondaje vesical son:

Participara el Técnico en cuidados auxiliares de enfermería y enfermeros.

-Materiales: mesita auxiliar, agua tibia, palangana o cuña, jabón neutro, toalla, empapadores, guantes no estériles y estériles, gasas estériles, puño estéril y anti-séptico (povidona yodada o clorhexidina), jeringa de 10ml, agua destilada estéril o suero fisiológico, lubricante urológico hidrosoluble estéril, sonda vesical estéril, bolsa colectora estéril, colgador de bolsa.

El encargado de la preparación del material es el técnico en cuidados de enfermería y de proporcionar al enfermero lo que necesite.

El objetivo del sondaje vesical puede ser diagnóstico o terapéutico:

-Fines diagnósticos: control hemodinámico de diuresis, como método de obtención de muestras de orinas de forma estéril, como método exploratorio, etc.

-Fines terapéuticos: evacuar la vejiga cuando hay retención urinaria, tratamiento en pacientes con vejiga neurógena, como procedimiento post operatorio en cirugía para prevenir la retención urinaria, como método para aumentar la cicatrización y resolución de heridas en la piel en pacientes que tienen incontinencia urinaria...

En las contraindicaciones podemos encontrar prostatitis, rotura uretral, estenosis uretral, uretritis e infección de orina...

Se deberá informar siempre al paciente del procedimiento que se le va a realizar y solicitar su autorización y colaboración siempre que esto sea posible. El técnico en cuidados de enfermería ya tendrá preparado previamente el material y realizada la higiene meticulosa de los genitales, también debe tratar de guardar la intimidad del paciente cerrando la puerta y cubriéndole en la medida que sea posible, y haciendo que la técnica sea lo menos traumática posible, comprobará la correcta colocación del paciente: la posición adecuada es decúbito supino con las piernas ligeramente abiertas para facilitar el procedimiento (posición ginecológica).

Tras el lavado de manos, se colocará la enfermera guantes estériles. Se pondrán dos paños estériles encima del pubis y debajo de los glúteos. El técnico en cuidados de enfermería abrirá el paquete de los materiales, colocará lubricante hidrosoluble sobre una gasa y cargará el agua destilada en una jeringuilla, se desinfectarán los genitales, se lubrica la sonda, se le pide al paciente que haga

respiraciones lentas y profundas y se procederá a la inserción por parte del enfermero, hasta que empiece a drenar orina.

5 Discusión-Conclusión

El sondaje vesical es un procedimiento invasivo realizado por el profesional de enfermería (con la colaboración del técnico en cuidados de enfermería). Consiste en la introducción de la sonda vesical a través de la uretra hasta la vejiga con el fin de drenar orina.

Hay varios tipos de sondaje según el tiempo de permanencia de la sonda. Puede ser:

- Permanente (más de 30 días).

- Temporal (menos de 30 días).

- Intermitente (para el drenaje puntual de orina o administración de fármacos).

Estos según el material del que están hechas pueden ser de látex, de silicona, PVC.

El sondaje vesical puede tener fines terapéuticos o diagnósticos. Durante todo el procedimiento es muy importante el correcto entrenamiento de los profesionales de enfermería para poder asegurar la esterilidad o disminuir el riesgo de futuras complicaciones. Al ser un procedimiento invasivo, será la última opción valorando otras alternativas, como por ejemplo los colectores.

6 Bibliografía

1. Mazzo A, Bardivia C. B., Jorje B, M, Sonza Junior V. D. Fuminelli L, Mendes I. A. Cateterismo urinario permanente: práctica clínica. *Enferm.Glob.* 2015;14 (38)
2. Rodríguez Valiente S, Jara Valiño F. S, Espina Rodríguez M^a R. Técnicos de enfermería en el sondaje vesical. *Portalesmédicos.com* [revista en internet] 2017 [acceso 5 de octubre de 2020]
3. <https://www.revistasanitariadeinvestigacion.com/insercion-de-sondaje-vesical-temporal-o-permanente-en-la-mujer-cuidados-de-enfermeria/>

Capítulo 143

TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA ESTUDIO DE LOS CUIDADOS Y LAS SENSACIONES DEL PACIENTE CON COLOSTOMÍA

MARGARITA VIGARA NUÑEZ

JESSICA MATEOS DE ARRIBA GARCIA MIGUEL

KATTY MARICELA REYES HEREDIA

SONIA SIERRA COLLAZOS

ESMERALDA LAJARA MERCHANTTE

1 Introducción

Una colostomía en definición es una abertura que se efectúa entre el colón y la pared abdominal con salida al exterior, como consecuencia de y mediante una intervención quirúrgica derivada de algún tipo de patología que no necesariamente debe de ser maligna, sino que a veces se ejecuta para dar un descanso al intestino para subsiguientemente poder llevar a cabo una reconstrucción, las hay por tanto permanentes o provisionales; algunas de estas colostomías se realizan por la consecuencia de malignidad (cáncer). En los niños la mayoría se realizan debido a defectos o malformaciones de nacimiento y que pueden ser muy provisionales. Es importante que la persona a la que se le realiza la colostomía esté

debida y perfectamente informada del proceso que se le va a realizar y de cómo va a ser el resultado, de esta manera lo irá asimilando poco a poco y el impacto será o debiera ser menor.

La colostomía se realiza habitualmente dependiendo del grado de afección del intestino, en ocasiones es evitable ya que se puede quitar la parte afectada y volver a unir las partes sanas, pero aun así para una buena curación, lo más recomendable es no forzar la herida quirúrgica y dejarla curar bien, en muchas ocasiones la decisión sobre este aspecto se toma a lo largo de la intervención, según el desarrollo de la misma.

2 Objetivos

Dar visibilidad a los cuidados integrales que precisa un paciente con colostomía, tanto a nivel físico como muy importante el psicológico, colaborando en que pueda retomar una actividad normal.

3 Metodología

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

4 Resultados

La colostomía consiste en una intervención quirúrgica, expondremos como ejemplo y como un motivo principal en un cáncer de colon, aun no siendo el único. Es la formación de una abertura artificial entre el colon y la pared abdominal donde se instala una bolsa adhesiva para eliminar por ella las heces y así el conducto abdominal natural descansa de la intervención.

El estoma necesitará de una serie de cuidados como mantener la piel que lo rodea limpia y seca, vigilar irritación y dolor, cambiar la bolsa periódicamente para evitar que se llene mucho y pueda dar lugar a que tenga fugas, usar una bolsa adecuada a cada estoma y a cada paciente. A la persona portadora de bolsa por colostomía se le enseña cómo realizar el proceso de cambio de bolsa, indicando

las medidas higiénicas y el tipo de bolsa que es la adecuada. La piel de alrededor del estoma debe estar como la piel del resto del abdomen, teniendo siempre en cuenta que el desecho que sale del interior puede causar irritación o dolor en esta área.

La mayoría de los pacientes portadores de colostomía tiene sentimientos negativos que les lleva a tener dificultades a la hora de retomar sus actividades y sobre todo la vida social, ya que el sentir generalizado es que su cuerpo cambió sin que pudieran hacer nada por evitarlo, teniendo siempre miedo al rechazo por parte de las demás personas.

El pensar que aun cuando se lleva una bolsa la vida continua, debe ser uno de los ingredientes principales para la aceptación del hecho, para ello es imprescindible el sentido común. Tener confianza y aprender a convivir con la nueva situación es imprescindible. Separadamente del tiempo ineludible para acostumbrarse, lo que más intranquiliza y preocupa a la mayoría de los pacientes con colostomía es la situación de que se les pueda notar que llevan una bolsa, situación muy poco probable ya que cada vez tienden a ser mucho más anatómicas y pequeñas; es importante que el paciente comience a retomar su vida con la normalidad que tenía anteriormente lo antes posible, incluida su vida laboral, eso le hará sentirse útil, Igualmente puede reanudar el ejercicio físico.

5 Discusión-Conclusión

La actuación y la atención de los profesionales sanitarios, que tienen un papel esencial ante estos pacientes, debe ser integral, ya que su cuerpo sufre un cambio de imagen, sienten que pierden el control sobre una parte de él, lo que los lleva a reducir su vida social, tienen miedo, sienten inseguridad; debe fomentarse en ellos que vayan retomando sus actividades y sus relaciones sociales. Deben tomar el control de su vida, no pensar que la bolsa de colostomía es algo que les hace cambiar como persona. Es importante que el paciente se dé cuenta de que, de no ser por la colostomía, posiblemente no estuviera vivo y además siempre queda la esperanza de que puede ser algo transitorio y que con el tiempo (a veces no demasiado), se puede realizar una reconstrucción y poder realizar el cierre del estoma y volver a la normalidad.

6 Bibliografía

1. Mateo Josep Enrique. Gestión de las ostomías en un centro sociosanitario. Gerokomos [Internet]. 2019 [citado 2022 Mar 28] ; 30(3): 142-146.

Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-928X2019000300142&lng=es.

Epub 18-Nov-2019.

2. Ramos Girona MR. Problemas y soluciones más frecuentes en las colostomías. *Enferm Integr.* 2012;99:12-16.
3. Armenta Galán, J. Mejora de la calidad de vida de personas colostomizadas con métodos continentales. *Rev Rol Enferm.* 1999;22(1):7-23.
4. Fundación Ayúdate. Guía práctica para personas ostomizadas. Madrid: Fundación Ayúdate; 2005.
5. Pullen RL. Enseñe a su paciente a irrigar una colostomía. *Nursing.* 2007;25(4):43.
6. Ruiz Quesada R. Estimulación intestinal en portadores de colostomía. *Rev Rol.*

Capítulo 144

EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA COMO CUIDADOR DEL ENFERMO CON ALZHEIMER

LUCIA MONTOTO RODRIGUEZ

1 Introducción

Perplejidad, angustia, confusión, depresión, son las primeras reacciones del enfermo ante un diagnóstico de enfermedad de Alzheimer. Es la muerte en vida de la persona, la pérdida absoluta de la memoria, de la conciencia de ser, de ser un ser humano.

El Alzheimer destruye gradualmente un enorme número de células cerebrales, y tal destrucción conduce a la pérdida paulatina de la memoria, de los afectos, de las emociones, incapacita para aprender, e inhabilita a la persona hasta para llevar a cabo las actividades más simples y primarias, como vestirse o entablar una conversación.

Descrita en 1907 por el neurólogo alemán Alois Alzheimer, esta enfermedad es la forma de demencia más común, la mayoría de los afectados son mayores de sesenta años, aunque también puede presentarse en personas con treinta, cuarenta y cincuenta años.

El cerebro de un enfermo de Alzheimer presenta deformaciones en algunas partes internas y se produce además una pérdida en la consistencia y en el grosor de la corteza cerebral.

La atención al paciente con Alzheimer implica reconocer que la persona enferma tiene derecho a conocer la verdad sobre su diagnóstico, del mismo modo que le asiste el derecho a un trato digno, confidencial y compasivo.

El Alzheimer no solo afecta a la persona, sino que también afecta a su entorno, sobre todo a sus seres queridos. El tener una persona a la que tú amas y que ya no sea capaz de reconocerte o recordar todo lo que pasaron juntos es algo extremadamente traumático.

No todos los enfermos padecen los mismos síntomas, aunque sí hay ciertos comportamientos comunes. Se han identificado tres fases de evolución degenerativa que, en total, pueden tener una duración de dos a diez e incluso hasta veinte años.

- Fase I:

Fallos en la memoria, ligera desorientación y dificultad para nombrar objetos.

- Fase II:

Retardo de los movimientos y pérdida de la autonomía.

- Fase III:

Pérdida total de autonomía y encamamiento.

No existe un tratamiento farmacológico eficaz contra la enfermedad de Alzheimer, aunque los fármacos antidepresivos pueden ayudar a remitir algunos de los síntomas emocionales como la tristeza, la ansiedad, la desesperación, los problemas de sueño, la agresividad, depresión.... Los síntomas del mal de Alzheimer pueden paliarse en alguna medida procurando al enfermo un ambiente familiar y social tranquilo y seguro. El paciente con este tipo de demencia, si alcanza la etapa final de la enfermedad, acaba en estado vegetativo, encamado, desconectado de su entorno, sin hablar ni reconocer, sin contener los esfínteres y con incapacidad para deglutir. Tiene el rostro totalmente inexpresivo, incapaz de comunicar unos sentimientos que probablemente ya no existan. En ocasiones, esta fase final no llega porque el paciente fallece antes por una infección o una complicación cardiocirculatoria.

La familia debe tomar decisiones que no son nada fáciles, como si se debe instalar una sonda para alimentar al paciente cuando ya no puede tragar, tienen que dejarse asesorar por los médicos que lo han seguido durante su evolución. Cuando el paciente está ya muy deteriorado y entra en estado vegetativo, el objetivo principal es evitarle sufrimientos y no alargarle la agonía, por lo que lo más sensato y compasivo, no es la alimentación forzada, en cambio, sí administrar analgésicos y sedantes necesarios a fin de conseguir un final digno, sin malestar.

El futuro de una persona con Alzheimer es la muerte, nunca la recuperación de las funciones cognitivas. Por lo tanto, no es ético alargar la agonía durante días o semanas. Hay que aceptar la muerte como el fin natural de la vida, es obvio que

resulta muy doloroso para los familiares, pero para la persona enferma representa una liberación. Morir dignamente es también un derecho de las personas.

2 Objetivos

Conocer las funciones del técnico en cuidados auxiliares de enfermería (TCAE) en el cuidado del enfermo de Alzheimer.

3 Metodología

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

4 Resultados

Antes de que la enfermedad haya sido diagnosticada, el enfermo presenta atontamiento, tiene menos confianza en sí mismo, se muestra constantemente preocupado, presenta con frecuencia cambios en el carácter, pierde el ingenio. La familia no se da cuenta de que el enfermo intenta ocultar lo que le está pasando. A medida que transcurre el tiempo y los síntomas se acentúan, el enfermo ya no será capaz de ocultarlo y es cuando empieza el ir y venir de un médico a otro, acumulándose carpetas llenas de informes y pruebas médicas.

Una vez diagnosticada la enfermedad y apareciendo los primeros síntomas, es cuando la familia debe recibir las recomendaciones y pasos a seguir según avance la enfermedad, por parte del médico que lo asiste.

El tratamiento no farmacológico, como pueden ser los cuidados del TCAE, son de vital importancia:

Mantenimiento de la tranquilidad y de la rutina medioambiental, entrenamiento de la memoria como adivinanzas, refranes, ejercicios de completar frases, descubrir objetos, reconocer personas, asociar parejas. Es bueno repetirle diariamente, pero sin agobiarle, todos los datos correctos sobre los lugares, la fecha, la familia, el lugar donde están las cosas. Que escuche música, que baile o que cante como una forma de distraerse o de recordar situaciones o experiencias vividas. Que narre historias, que cuente cosas del pasado, que hable de todo lo que recuerda. Hay que estimular lo que haga bien y no reaccionar con irritación cuando

haga algo mal, no regañarle ni discutir, fomentar que se reúna con sus amigos o familiares y no hablar como si no estuviera. Que camine a diario y no permanezca mucho tiempo sentado. No darle voces cuando hablamos con él, no está sordo, como tampoco tratarle como si fuera un bebé, porque, aunque en muchas ocasiones no se pueden expresar, ellos sienten, nos escuchan, y eso puede ser muy frustrante llegando a ponerse violentos.

La inactividad es uno de los grandes males en el cuidado de los enfermos de Alzheimer, mantenerlo activo evita conductas violentas y extravagantes como esconder cosas, arrojar objetos por la ventana, escapadas nocturnas, ... En los cuidados de estos enfermos es muy importante que se les proporcione mucho cariño y una enorme comprensión, esto es tan esencial como mantenerlos estimulados y activos, aunque no por ello se consigue detener la enfermedad. Hay que dejarles que hagan las cosas que todavía son capaces de realizar, así como dejarle que participe en conversaciones sin expresarnos de forma complicada y hablando despacio y claro. También es fundamental el contacto físico, como las caricias, los abrazos, mirarles directamente a los ojos al hablar comprobando que está prestando atención. Con frecuencia la persona diagnosticada de Alzheimer se muestra afectada y culpa a los demás de sus propios errores comportándose con hostilidad hacia las personas que lo cuidan, como arrojando cosas, tiran la comida, gritan, es decir tienen reacciones catastróficas, pero no hay ni que alarmarse ni enfadarse, por regla general esto puede controlarse. También reaccionan de forma exagerada ante cosas sin importancia provocando disputas con el cuidador, sin embargo, se olvidan de ellas con gran rapidez debido a su incapacidad para recordar hechos recientes. A medida que la enfermedad avanza les cuesta más trabajo desenvolverse en situaciones relativamente fáciles como vestirse, ducharse, ir a la compra, manejar dinero, coger los cubiertos para comer, y es cuando necesitan ayuda, bien de la familia o de un cuidador. La orientación en el espacio y en el tiempo es una de las facultades que primero pierden, preguntan constantemente qué hora es, dónde se encuentran, esta incapacidad suele inquietarles debido a que en principio son conscientes de estas nuevas limitaciones. Es aconsejable poner en su habitación un reloj con números grandes e instalarle también un calendario también grande para que en cualquier momento pueda mirar la hora o la fecha. Cuando se desorienten dentro de casa, es esencial colocar pegatinas o dibujos que señalen el lugar o el nombre del objeto y su finalidad. También es muy importante no tener demasiada decoración en el hogar para evitar caídas y lo confunda más al verse rodeado de tantos objetos. Si la desorientación se produce fuera de casa, hay que asegurarse de que lleva una placa de identificación, que se la pueden ofrecer los familiares como un regalo en forma

de pulsera o colgante. Esta placa debe indicar su nombre y apellidos, dirección, teléfono y sobre todo que refleje que la persona padece Alzheimer.

5 Discusión-Conclusión

Las demencias tipo Alzheimer constituyen uno de los grandes problemas de salud en los países donde la población tiene una elevada esperanza de vida, por la simple razón de que hay muchos más ancianos. Por eso una adecuada información a las familias, una buena formación de los cuidadores, del equipo de enfermería, terapeutas, fisioterapeutas y médicos, junto con centros específicos para esta enfermedad, conseguiremos que los enfermos de Alzheimer tengan unos cuidados de calidad al ser personas tan vulnerables. Es muy importante que los profesionales que trabajan sobre todo en residencias para mayores, entiendan bien este tipo de demencia y tengan mucha paciencia.

6 Bibliografía

1. Fundación Pasqual Maragall: <https://fpmaragall.org/la-fundacion/>
2. Confederación Española de Asociaciones de Familiares de Alzheimer (CEAFA): <http://www.ceafa.es/es/>
3. ACARÍN, N., Alzheimer, manual de instrucciones. Barcelona, RBA, 2010
4. Cuidadores y cuidados para pacientes con demencia tipo Alzheimer. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/9527717/>
5. Enfermedad de Alzheimer: <https://medlineplus.gov/spanish/alzheimersdisease.html>
6. <http://alzfae.org/fundacion/146/fases-alzheimer>

Capítulo 145

LA IMPORTANCIA DE LA PSICOLOGÍA DEL PACIENTE

YAIZA GÓMEZ MARTIN

1 Introducción

La psicología, o también llamada sicología pero en menos ocasiones, (estudio o tratado del alma), del griego clásico ψυχή, transliterado psyché, psique, alma, actividad mental, y λογία, logía, tratado o estudio, es una doctrina o enseñanza y también una ciencia que maneja la forma de comportarse de las personas y sus procesos mentales en una serie de diversas ocasiones. Este campo se adentra en las formas de comportamiento de todas las personas teniendo en cuenta sus problemas y experiencias personales con un fin tanto docente como laboral.

Hoy en día, la psicología no es una sola ciencia, porque existen diferentes visiones psicológicas, correspondientes a diferentes enfoques, tendencias o escuelas, y cada una de ellas tiene un sistema de conceptos y métodos.

Algunos movimientos se autodefinen como monopolísticos, es decir, es el único medio de acceso al conocimiento sólido o científico y la intervención efectiva en psicología (por ejemplo, el conductismo). Influencia de otras escuelas. Por su parte, enfoques como el humanismo sostienen que el método científico no es suficiente para investigar la conducta; Otros, como el conductismo, lo usan para comportamientos que pueden observarse y medirse objetivamente. Por último, existen direcciones como la psicología aplicada o las terapias cognitivo-conductuales que incorporan diversos elementos de otras escuelas en la medida en que sean útiles para sus fines, y de intervención en general (clínica, educativa, institucional, etc.

2 Objetivos

El objetivo principal es poner de manifiesto la importancia de la psicología para el paciente y cuáles son sus funciones.

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 término psicólogo tiene dos significados generales, por un lado, persona que posee un título profesional en psicología y ejerce la misma práctica, por lo que debe tener un grado académico/diplomado en psicología y haber sido miembro de la orden de psicólogos en la jurisdicción en la que ejerce. Cabe señalar que la asistencia a la escuela en todos los casos no es obligatoria en todos los países, sino que es opcional. Esto está determinado por las leyes específicas de cada país. De igual forma, en otros países, como Chile, algunas facultades de psicología ofrecen a los estudiantes la posibilidad de obtener únicamente el “título de trabajo” de psicólogo reconocido a través de la práctica profesional, no necesariamente un “título académico” de una licencia de psicología.

En otras palabras, se entiende por psicólogo a la persona que estudia el comportamiento humano en áreas distintas al enfoque científico. Así, importantes figuras como Sigmund Freud, Carl Jung, Carl Rogers, Alfred Adler, Jean Piaget, Wilhelm Wundt o Eric Berne, de diversos campos como la medicina, la biología y la física, son considerados grandes psicólogos.

En la mayoría de los países del mundo existen departamentos o escuelas de psicología en las grandes universidades, tanto públicas como privadas. En las universidades que no cuentan con un departamento de psicología, esta profesión generalmente se asocia a los departamentos de ciencias sociales, humanidades y humanidades, según el país, la institución y la orientación de la formación.

El estudio de la psicología es especialmente popular en Europa y América del Norte; En América Latina se desarrolla a gran escala, especialmente en América

del Sur, donde países como Argentina, Chile y Brasil son reconocidos internacionalmente por sus aportes a la teoría, particularmente en el campo del psicoanálisis. Otro campo de estudio que se desarrolló en América Latina es la psicología social y sus aplicaciones sociales, con países como El Salvador, Puerto Rico, Venezuela y México produciendo muchos teóricos importantes y mejores en el campo.

La psicología, es de gran importancia para todas las personas, debido a que incluye el bienestar físico y mental. También ayuda a tratar la ansiedad, depresión, estrés, trastorno bipolar, esquizofrenia y muchos otros trastornos.

5 Discusión-Conclusión

Cuando abordamos el tema en terapia, lo comprendemos mejor. El paciente podrá comprender qué alimenta su ansiedad, identificar las posibles causas y reconocer los sentimientos y comportamientos que interfieren en su vida. Mejorar el autoconocimiento es el primer paso hacia la mejora.

Uno de los roles más importantes de un psicólogo es ayudar a su paciente a desarrollar herramientas que le permitan manejar su ansiedad en el futuro. Así nos aseguramos de que no recaiga y se sienta más seguro ante sus miedos.

Pero también es de gran importancia la ayuda de sus familiares, seres queridos y amigos, es decir, que le apoyen en todo el proceso para que la persona pueda sentirse mejor y sea más llevadera y rápida su recuperación.

6 Bibliografía

Real Academia Española y Asociación de Academias de la Lengua Española. «Psicología». Diccionario de la lengua española (23.^a edición). Consultado el 17 de octubre de 2014.

Real Academia Española y Asociación de Academias de la Lengua Española. «Sicología». Diccionario de la lengua española (23.^a edición). Consultado el 17 de octubre de 2014.

«What is psychology? What are the branches of psychology?». Medical News Today (en inglés). 2014. Consultado el 24 de febrero de 2015.

«BBC Science | Human Body & Mind | What is Psychology?». BBC Science (en inglés). BBC. Consultado el 4 de febrero de 2015.

Capítulo 146

LA COMUNICACIÓN Y ATENCIÓN DEL TÉCNICO EN CUIDADOS DE ENFERMERÍA CON EL PACIENTE CRÍTICO EN LA UCI Y SU FAMILIA

LUCIA MONTOTO RODRIGUEZ

1 Introducción

La Unidad de Cuidados Intensivos (UCI), es una compleja unidad específica, situada en aquellos hospitales con la posibilidad de tecnología avanzada. Los pacientes que ingresan en esta unidad, son aquellos que sufren una o varias patologías avanzadas que ponen en riesgo su vida. Este tipo de pacientes requieren de una monitorización constante de sus signos vitales.

La ubicación de la UCI debe tener un enlace directo y útil con otros servicios del hospital, como por ejemplo el bloque quirúrgico, urgencias y radiodiagnóstico. Se pueden diferenciar cuatro niveles de atención y cuidado según el estado del paciente:

- Nivel 0: pacientes cuyas necesidades pueden ser satisfechas en una sala convencional y no en una UCI
- Nivel 1: pacientes con riesgo de que su estado de salud se deteriore y necesiten de atenciones superiores. Sus necesidades pueden ser satisfechas por un equipo de cuidados críticos, que les apoye y asesore.
- Nivel 2: requieren una observación e intervención más detallada y niveles más altos de atención. Aquí aún no aparece el fracaso multiorgánico, pero sí que empieza a fracasar la función de algunos órganos.

- Nivel 3: aquellos pacientes que requieren de soporte respiratorio avanzado, incluyendo todos los pacientes complejos que requieren apoyo para la insuficiencia multiorgánica y el fracaso multiorgánico.

Cuando se crearon las primeras UCI, la familia era considerada como un componente poco relevante del entorno del paciente. Hoy en día se considera una parte importante de ese entorno, entendiéndose que los familiares pueden contribuir de forma significativa a la buena evolución del enfermo, de modo que reducir los niveles de estrés de los familiares podría incidir en una mejora de los resultados del paciente. El ingreso en una UCI, supone una situación de estrés, tanto para el paciente como para los familiares. Dicho estrés no solo está originado por la gravedad del paciente, sino también por las dificultades en la comunicación que existen con este y su familia.

2 Objetivos

- Conocer la estructura interna de una UCI y cómo se organizan sus visitas.
- Saber cómo es la comunicación entre paciente, familia y profesional sanitario. Averiguar las necesidades de las familias.

3 Metodología

Para la realización de este trabajo se realizó una primera búsqueda a través de Pubmed, donde las palabras clave fueron: intensive care unit, critical care y communication. También se llevó a cabo una segunda búsqueda bibliográfica utilizando Google Académico, utilizando palabras clave como: visitas, familiares, protocolos y UCI.

4 Resultados

La American Association of Critical Care Nurses (AACCN), define a los pacientes en estado crítico, como aquellos pacientes que están en alto riesgo de sufrir problemas de salud que amenazan de forma potencial o real su vida. La persona con un estado de salud crítico es un paciente muy vulnerable, inestable y con un estado funcional muy complejo, requiriendo una terapia médica y unos cuidados de enfermería intensivos.

El cuidado al paciente crítico es una especialidad de la Enfermería que se ha desarrollado en los últimos 50 años. Este hecho significa que el TCAE junto con

el enfermero/a asisten y ayudan a restablecer el estado de salud del paciente, o aliviar el sufrimiento del mismo y su familia, así como prepararlos para un proceso de duelo efectivo. La finalidad del TCAE, en la atención al paciente crítico, es crear una relación terapéutica con el paciente/familia, para promover todas las dimensiones personales del paciente, con el objetivo de poder hacer frente de forma efectiva a las intervenciones preventivas, curativas, de rehabilitación y de duelo. El cuidado del TCAE ante los cuidados del paciente crítico implica un alto grado de especialización para, a través de la observación y la capacidad de reflexión crítica, poder dar respuestas a los problemas reales o potenciales de los pacientes y sus respectivas familias.

El rol que desempeña el TCAE aportando sus conocimientos y destrezas en cuidados intensivos es esencial para el equipo sanitario multidisciplinar, el cual necesita al TCAE para satisfacer el cuidado de los pacientes y sus familias. A continuación, se exponen las siguientes implicaciones para la práctica clínica:

- El TCAE debe conocer las necesidades más importantes de los pacientes/familias.
- Hacer un uso debido de herramientas escritas, como folletos o trípticos informativos para familiares y usuarios.
- Tener una actitud de escucha activa en todo momento y ante la expresión de sentimientos por parte del paciente/familia.
- Realizar cuidados auxiliares de enfermería dirigidos a los pacientes ingresados en una UCI, en todo su conjunto (a nivel físico, psicológico, emocional, familiar y social).

La complejidad que caracteriza a este tipo de pacientes conducen a situaciones de adaptación únicas. Reconocer los retos que plantean estas situaciones puede ser el primer paso para ofrecer intervenciones adecuadas y mejorar la calidad de los cuidados prestados. Los resultados del personal de enfermería se mostrarán en la comunicación y cuidados de los pacientes ingresados en UCI, es lo suficientemente eficaz y correcto. Si los protocolos entre el personal sanitario y paciente/familia, no se cumplen correctamente, supondría una revisión de los protocolos de acción y guías de práctica clínica distribuidas por las Ucis, la cual conduciría a una actualización y mejora de estos. Posteriormente, implicaría una mayor atención por parte del personal sanitario a estos protocolos y, por tanto, una formación continuada por parte de todo el equipo.

5 Discusión-Conclusión

Las habilidades de comunicación resultan básicas de cara al ejercicio de cualquier actividad sanitaria, pues son las que permiten la aplicación de los conocimientos del modo de entender o técnicos a través de la relación con el paciente/familia. La escucha activa constituye uno de los mejores recursos que se pueden utilizar para mejorar las habilidades de comunicación, contribuyendo a mejorar la calidad de las mismas.

El TCAE junto con los enfermeros/as de cuidados intensivos desempeñan un papel fundamental entre el médico y la familia, ya que son estos los que están las 24h realizando el seguimiento del paciente. Las familias valoran la habilidad del equipo de enfermería, en la que destacan la comunicación eficaz, considerada como una de las habilidades más importantes del personal sanitario de una UCI. Existen talleres o cursos donde los profesionales sanitarios pueden mejorar sus habilidades relacionadas con la comunicación.

6 Bibliografía

1. Unidad de cuidados intensivos: estándares y recomendaciones.
Disponible en: <https://www.sanidad.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/UCI.pdf>.
2. Intensive Care Society London: The Intensive Care Society Churchill house; 2015. Disponible en: <https://ics.ac.uk>.
3. Promoción de la salud y apoyo psicológico al paciente, ed. Paraninfo. España, Madrid; 1988.

Capítulo 147

ENDOMETRIOSIS . ASPECTOS EPIDEMIOLOGICOS Y GENERALES DE LA ENFERMEDAD

CLAUDIA RODRIGUEZ LOPEZ

1 Introducción

La endometriosis es una enfermedad benigna crónica donde su principal síntoma es el dolor pélvico cíclico, el cual puede disminuir la calidad de vida de las mujeres que están en edad reproductiva pudiendo incluso llevar a una incapacidad . Nos encontramos con varias hipótesis en cuanto a su etiología, siendo la teoría más aceptada la menstruación retrógrada de Sampson aunque actualmente no hay un consenso en cuanto al origen de la enfermedad. Otras hipótesis incluyen la teoría de la inducción y la teoría de la metaplasia celómica . La prevalencia de esta enfermedad esta entorno al 2-10% lo que significa que su incidencia es de 1.6-6.9 casos nuevos por cada 1000 mujeres en la raza caucásica. El diagnóstico de la enfermedad suele ser tardío(7-8 años desde que comienzan los primeros síntomas). Aproximadamente el 30-50% de las mujeres con endometriosis son infértiles. Esta enfermedad suele tener un curso impredecible aunque generalmente se trata de una enfermedad progresiva que puede disminuir significativamente la calidad de vida de las pacientes. Aproximadamente el 46% de las mujeres presentan síntomas antes de los 21 años y un 33% de ellas serán totalmente asintomáticas . Otros síntomas que podemos encontrarnos más allá del dolor hipogástrico, pueden ser , la dispareunia, disquencia, atrapamientos de vísceras abdominales o la infertilidad.

2 Objetivos

- Visibilizar la enfermedad haciendo hincapié en la necesidad de un tratamiento individualizado para cada mujer .
- Visibilizar la morbilidad asociada a esta enfermedad la cual va en aumento .

3 Metodología

Se realizó una revisión bibliográfica y estudio de las guías oficiales del Sistema Nacional de Salud (SNS) documentos de las principales sociedades científicas, guías clínicas oficiales , protocolos de la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia (SEGO) y la guía de la Sociedad Europea de Reproducción Humana y Embriología (ESHRE). También se han consultado varios artículos científicos específicos para poder comprender mejor ciertos aspectos de la enfermedad.

4 Resultados

La endometriosis es una enfermedad crónica benigna caracterizada por la presencia de tejido endometrial ectópico a nivel pélvico. El síntoma principal es el dolor cíclico asociado a la menstruación pudiendo en algunas mujeres persistir y cronificarse siendo la dismenorrea (dolor intenso pélvico y abdominal que aparece en la mujer antes o durante la menstruación), dispareunia (dolor durante la penetración vaginal), la disquecia (defecación dificultosa) y el dolor pélvico crónico los síntomas más característicos y destacados de esta enfermedad . La endometriosis está fuertemente asociada a la infertilidad así como a la alteración funcional de las trompas debido entre otras cosas a adherencias pélvicas y a una disminución de la movilidad de éstas. Entre los factores de riesgo asociados a la enfermedad, encontramos: edad fértil, antecedentes familiares de primer grado, sangrado menstrual abundante, menopausia tardía, ciclos menstruales cortos y enfermedad inmunológica concomitante (artritis reumatoide , lupus eritematoso sistémico, esclerosis múltiple entre otros). La clase social económicamente más favorecida y la raza blanca se han descrito también como posibles factores de riesgo aunque hay controversia en cuanto a este aspecto actualmente . Como factores protectores de la endometriosis encontramos :ejercicio físico regular ,sobrepeso, mayor número de embarazos, lactancia materna y el tabaquismo. Otros factores protectores podrían ser el alcohol, el café y las grasas saturadas, aunque aún no se ha demostrado la asociación de ambos . No existe una clasificación principal de la endometriosis, sino que existen múltiples clasificaciones. Así, podemos

encontrar la clasificación de Adamson para la infertilidad, la clasificación histopatológica de Abrao, la clasificación de la endometriosis profunda de Enzian o también podemos encontrar la clasificación RASRM (revised American Society for Reproductive Medicine), siendo estas dos últimas algunas de las más utilizadas.

5 Discusión-Conclusión

Conclusión La endometriosis sigue siendo una enfermedad difícil de diagnosticar . Se trata de una enfermedad impredecible en muchos casos . Los facultativos debemos saber reconocer los signos y síntomas de la enfermedad en sus estadios precoces . También debemos saber realizar un diagnóstico lo antes posible y establecer medidas preventivas y terapéuticas . Estas medidas deben ser individualizadas para cada paciente , ya que los síntomas no son iguales en todos ellos y por lo tanto las medidas preventivas y terapéuticas tampoco lo serán . Aunque el dolor es el síntoma principal y característico no debemos olvidarnos la asociación de la infertilidad con esta enfermedad

6 Bibliografía

1. Consejería de Salud del Servicio Andaluz de Salud. (2018). Guía de atención a mujeres con endometriosis en el Sistema Sanitario Público de Andalucía. Servicio Andaluz de Salud.
2. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. (2013). Guía de atención a las mujeres con endometriosis en el Sistema Nacional de Salud (SNS). Centro de Publicaciones, Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.
3. Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia. (2015). Documentos de Consenso SEGO: Endometriosis.
4. Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia. (2013). Protocolo SEGO Endometriosis.
5. Dunselman, G.A.J., Vermeulen, N., Becker, C., Calhaz-Jorge, C., D'Hooghe, T., De Bie, B., Heikinheimo, O., Horne, A.W., Kiesel, L., Nap, A., Prentice, A., Saridogan, E., Soriano, D., Nelen, W. (2014). ESHRE guideline: management of women with endometriosis, Human Reproduction, Volume 29, Issue 3, March 2014, Pages 400–412, <https://doi.org/10.1093/humrep/det457>.

Capítulo 148

SERVICIO CERRADO: LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS Y EL TECNICO DE CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERIA

MARÍA DEL PILAR PONCE VILLALTA

ISABEL RAMÍREZ ORTIZ

EVA MARIA GONZÁLEZ TOMÁS

MANUELA GARCIA LUNA

FÁTIMA PÉREZ DURO

1 Introducción

La unidad de cuidados intensivos (UCI) es un área del hospital especializada en atender pacientes con pronóstico grave y alto riesgo de complicación. Normalmente la Unidad de cuidados intensivos se ubica de forma independiente pero a su vez tiene un acceso rápido y directo del resto de los demás servicios del hospital.

Las funciones del técnico en cuidados auxiliares de enfermería (TCAE) en UCI tienen especial importancia para los profesionales de la medicina como para los pacientes, que se encuentran en condiciones de salud críticas y ven amenazadas sus vidas a causa de accidentes o enfermedades crónicas.

Los pacientes que estén en la UCI están expuestos a un alto riesgo de que cesen sus funciones vitales. Las TCAE de UCI tienen unas funciones concretas, muchas suelen ser circulares con el puesto de enfermería en el centro, otras son lineales pero también tienen el puesto de enfermería en el centro. Los TCAE en medicina intensiva tienen que proporcionar unos cuidados más especializados que en una planta de medicina interna, tienen que estar atentos a muchos detalles, pues hay situaciones que revistan mucha gravedad y tiene que saber manejar unos aparatos más sofisticados que en plantas. Es importante que el TCAE este familiarizado con la tecnología y aparataje de alta complejidad.

2 Objetivos

Explicar y conocer las principales funciones que realiza el equipo de técnico de cuidados auxiliares de enfermería (TCAE) en la UCI.

3 Metodología

Para elaborar este capítulo se ha llevado a cabo una revisión bibliográfica en la que se han consultado diversas publicaciones y algunas bases de datos tales como pueden ser Pubmed y Medline. Se utilizan varias palabras clave para realizar la búsqueda “UCI” , “medicina intensiva” , “técnico en cuidados auxiliares de enfermería”.

4 Resultados

La unidad de cuidados intensivos (UCI) también llamada medicina intensiva ,es un servicio de alta complejidad cuyo objetivo es brindar un cuidado integral a aquellas personas en condición de critica de salud , que fueron allí ,bien por trauma , por postoperatorio o en la agudización de una insuficiencia renal o en la enfermedad pulmonar crónica.

Con respecto a la tecnología de la UCI, hay diversos equipos que contribuyen a interpretar la situación critica del paciente. En las UCI hay enfermeras , TCAE ,celadores y también pasan por allí los médicos intensivistas. El TCAE trabaja bajo la supervisión de enfermeras, y por tanto están codo a codo con el personal sanitario ayudando en las tareas que desarrollan. Podemos agrupar en tres grupos las funciones del TCAE en UCI; cuidados del paciente, observación y administración de algún medicamento y control material.

Algunas de las funciones son:

- Realizar el aseo de los pacientes.
- Ayudar en la realización de curas de vías, traqueostomías, heridas quirúrgicas, úlceras por presión, cambios de cintas de tubo endotraqueal.
- Realizar los cambios posturales con ayuda del celador.
- Colabora en la realización de técnicas especiales y pruebas específicas.
- Recepción y envío de materiales a esterilización.
- Reparar los materiales en los boxes y en las camas de medicación, como de material y lencería.
- Harán los pedidos al almacén.
- Repondrán los carros de curas, sueros, medicación, jeringas...
- Controlarán los drenajes.
- Cuando el paciente se va de alta ,el TCAE tiene que recoger todo el material del Box ,tirar el fungible y limpiar el que no lo es. Una vez que el servicio de limpieza va limpiando el box, el TCAE vuelve a montar el box de forma que este preparado para su uso.

El TCAE en UCI trabaja en equipo, por lo tanto, ese equipo tiene que procurar hacer la estancia del paciente mas amena tanto en el ambiente como en el alivio de sus dolencias. Para ello se requiere: formalidad, amabilidad, empatía y respeto entre otras cosas.

5 Discusión-Conclusión

El TCAE debe familiarizarse con el entorno donde va a trabajar, respiradores, carro de parada etc que no son habituales en otras unidades. Los TCAE son fundamentales en el equipo de la unidad de cuidados intensivos, deberán conocer muy bien todas las técnicas especializadas de unidad y conocer los medicamentos con los que trabajan en la unidad.

Trabajar en la UCI parece que impone cierto respeto, pero a la vez resulta una labor muy satisfactoria. El TCAE es la persona que mas tiempo pasa en contacto directo con las enfermeras a lo largo del día y esto también influye en la evolución y mejora de la salud de los pacientes. El paciente a veces no sabe si le esta atendiendo un medico, enfermero, o auxiliar, lo importante es la atención y calidad de los cuidados que recibe.

6 Bibliografía

1. Protocolos de auxiliares de enfermería. Unidad de cuidados intensivos del HIC

(Abril 2000).

2. Técnicos básicos de enfermería (Evangolina Perez de la Plaza 2018).

3. www.astursalud.es

manual de uci de hospital cabueño 2019.

4. www.sanidad-formacion.ccoo.es, manual uci 2015.

5. www.scielo.org/es/unidadecuidadosintensivos.

Capítulo 149

EL AREA DE URGENCIAS Y EL TECNICO DE CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERIA

MARÍA DEL PILAR PONCE VILLALTA

ISABEL RAMÍREZ ORTIZ

EVA MARIA GONZÁLEZ TOMÁS

MANUELA GARCIA LUNA

FÁTIMA PÉREZ DURO

1 Introducción

El auxiliar de enfermería es una figura importante en cualquier centro sanitario, pero independientemente de su labor diaria, es importante que se sepa desenvolver ante una urgencia médica.

Al trabajar en el sector de la salud frecuentemente nos encontraremos con situaciones de emergencia, y por ello, es de vital importancia saber cómo hay que actuar en esos casos y no cometer errores. Al ser un momento de alta tensión, es fundamental que estemos especialmente preparados.

En Urgencias, trataremos con pacientes con todo tipo de afecciones, es por esto que en este servicio existen todos los protocolos necesarios de técnicas a realizar. Es función del técnico en cuidados auxiliares de enfermería (TCAE) preparar dichas técnicas, y colaborar en conjunto con el enfermero y/o médico, así mismo es también el encargado de preparar al paciente para cualquier procedimiento.

Los motivos que tiene un paciente para acudir a la unidad de urgencias son muchos y muy variados; el auxiliar hospitalario debe saber lidiar con pacientes que presenten todo tipo de eventualidades y dolencias-desde una jaqueca a casos con diagnósticos muy graves. Aunque no es tarea del auxiliar determinar el grado de importancia de la patología que se presente- del Sistema de Triage se encarga el médico y/o enfermero-, sí que debe estar preparado para asistirla.

2 Objetivos

- Conocer los pasos a realizar a la llegada de un paciente al servicio de urgencias hospitalarias.
- Saber cómo actuar en determinados momentos de urgencia siguiendo los protocolos actuales basados en la evidencia científica.

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

Como podemos ver, en el Servicio de Urgencias se necesita de planificación, organización y trabajo en equipo, por eso el Auxiliar de Enfermería que realice sus funciones en esta unidad específica hospitalaria, debe ser un profesional capaz de trabajar en equipo, de manera ordenada y metódica. Además, el paciente que acude a este servicio requiere de sumo cuidado y atención, por lo cual el auxiliar debe ser capaz de brindarle tranquilidad, seguridad y confianza.

Es importante que el Auxiliar de Enfermería esté familiarizado con diversas tareas que se deben realizar en el Servicio de Urgencias.

- El Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería (TCAE), en todo momento, es el responsable del instrumental utilizado, de su limpieza y de su posterior traslado a esterilización, así como de ir a recogerlo, y mantener ordenado el stock de material estéril.

- Debe revisar el stock general de urgencias, y el de los boxes de los pacientes incluido el aparataje ubicado en el servicio, comprobando su funcionamiento, y anotando cualquier incidencia existente.
- Además, se hace necesario reconocer el material de soporte circulatorio y respiratorio, así como el que debe haber en el Carro de Paradas, todo localizado en la Sala de Reanimación, situada en la Unidad de Urgencias.
- Debe conocer la ubicación exacta tanto del instrumental: material de intubación y reanimación, sondas, catéteres y jeringas, caja de curas,.. etc, como de todo el material utilizado: sueros, fármacos,.. Reponerlo y revisar las caducidades de los productos y equipos que se vayan a utilizar.

A la llegada del paciente a la Unidad de Urgencias, el Auxiliar de Enfermería se encargará de:

- Transportar al paciente, inmovilizarle si es necesario y prepararle para la exploración que lleve a cabo el médico.
- Recoger las pertenencias y la ropa del paciente y guardarla debidamente si fuera necesario.
- Medir las constantes vitales.
- Asistir a los pacientes siempre que lo necesiten en la toma de medicamentos por vía oral o rectal, además de ayudarles con su alimentación e higiene.
- El TCAE es el profesional sanitario más cercano a las necesidades fisiológicas del paciente, es, por tanto, el encargado de la toma de muestras (orina, esputo, heces, vómito), y del control de las excreciones, valorando y apuntando los valores según las órdenes médicas. También enviará o llevará las citadas muestras, u otras extraídas por el enfermero o facultativo al laboratorio. En caso de pacientes incontinentes, es el responsable de su higiene. Así como de la administración de enemas.
- Ayudar a la enfermera en todo lo posible: colocar sondas, realizar electrocardiogramas...
- Rellenar la documentación oficial.
- Informar tanto a los pacientes como a familiares de todo lo concerniente al funcionamiento de la unidad y resolver cualquier duda que se presente.
- Realizará y supervisará cada alta o traslado que se produzca en la unidad, ayudando al paciente si lo requiere. Es fundamental que el TCAE sea un profesional capaz de transmitir confianza y tranquilidad al paciente.

El Auxiliar de Enfermería observará al paciente; fijándose en anomalías, cambios en su aspecto físico y psíquico, si son o no coherentes las comunicaciones de éste, el aspecto de las eliminaciones, etc.

Observará:

- Aptitud del paciente: si está o no colaborador.
- Aspecto general: si está en condiciones de aseo idóneas, bien nutrido, etc.
- Estado mental y emocional.
- Capacidad de movilidad.
- Estado de la piel.
- Si tiene dolor o no.
- Estados sensoriales.
- Si está o no orientado.

La intimidad del paciente debe ser respetada en todo momento. Toda tarea realizada en el ejercicio de nuestro trabajo, siempre ha de registrarse en la hoja de evolución de Enfermería.

5 Discusión-Conclusión

En los últimos años, se ha producido un incremento en la demanda del Servicio de Urgencias dado el mal uso del mismo por parte del asistente como método "saltarse" las largas listas de espera. Una buena información a la población, y formación a los trabajadores mejoraría la asistencia sanitaria. La organización y funcionamiento de este servicio influye no solamente en el proceso de los pacientes atendidos y en su evolución, sino en la estructura general del hospital. Así pues, tanto la formación continuada y mejora personal, el trabajo en equipo, como la unificación de criterios son cuestiones que siempre debemos de tener presentes.

El TCAE que trabaja en este tipo de servicios tiene que tener unas características, actitudes y aptitudes muy especiales y determinadas: el trabajo en equipo, la habilidad de responder ante situaciones de urgencia vital, facilidad para soportar un aumento del estrés, conocer protocolos de actuación, acceder rápidamente a todo tipo de material e instrumental, paciencia. Además se debe tener en cuenta siempre una de las características básicas dentro de una profesión como la de Auxiliar de Enfermería, que es el trabajo basado en el respeto mutuo y el buen trato de las personas.

6 Bibliografía

1. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/>.

Capítulo 150

EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) Y LA DISFAGIA EN EL PACIENTE CON ACCIDENTE CEREBRAL

MARÍA DEL PILAR PONCE VILLALTA

ISABEL RAMÍREZ ORTIZ

EVA MARIA GONZÁLEZ TOMÁS

MANUELA GARCIA LUNA

FÁTIMA PÉREZ DURO

1 Introducción

La disfagia es la dificultad que tiene una persona para tragar los alimentos. Hay varios tipos de disfagia y cada uno está determinado por la dificultad que presenta el paciente al tragar las distintas texturas de los alimentos bien sean sólidos, líquidos, o ambos. La disfagia es un trastorno que es capaz de repercutir en la evolución del paciente debido a su gran repercusión en el aparato respiratorio y en el estado nutricional. Estos problemas nutricionales pueden arrastrar una importante pérdida de peso y masa muscular, pérdida de fuerza y también de ánimo.

La disfagia supone una de las secuelas más incapacitantes e incómodas para los pacientes que han sufrido un accidente cerebro vascular. Entre los síntomas más

frecuentes de la disfagia podemos encontrar algunos como: acidez de estómago, regurgitación, sensación de bloqueo del alimento, babeo y atragantamientos.

La disfagia puede ocurrir a cualquier edad, pero es más frecuente en adultos mayores. Las causas de los problemas para tragar varían, y el tratamiento depende de la causa. Aunque las dificultades para deglutir no se pueden prevenir, se puede reducir el riesgo de padecer dificultades para deglutir si el paciente come lentamente y mastica bien los alimentos. La detección temprana y el tratamiento eficaz de la enfermedad del reflujo gastroesofágico pueden reducir el riesgo de tener disfagia asociada con una constricción esofágica.

2 Objetivos

Definir qué es la disfagia, explicar a quién afecta más, los síntomas, así como los tratamientos que debemos seguir en un paciente con disfagia...

3 Metodología

Se ha llevado a cabo una revisión bibliográfica mediante la realización de búsquedas en los siguientes medios : PubMed, Scielo, Cinahl, o Google Académico. Las palabras clave que hemos utilizado son: disfagia, paciente con disfagia, síntomas de la disfagia, tratamiento de la disfagia...

4 Resultados

En primer lugar es importante hacer una valoración de la disfagia en el paciente que ha sufrido un accidente cerebro vascular. También se deben identificar los síntomas y signos de la disfagia en pacientes con accidente cerebro vascular y su tratamiento. Es importante a su vez, identificar el tipo de dieta acorde al grado de disfagia del paciente tras sufrir el accidente cerebro vascular (ACV), dado que en la mayor parte de los casos la disfagia aparece en los alimentos líquidos, entonces se deberá hacer uso de espesantes para conseguir una textura que pueda facilitar la alimentación del paciente.

La disfagia después del accidente cerebro vascular se puede y debe tratar con profesionales de la logopedia que se encargan de la rehabilitación y de la evolución de la disfagia para poder llegar a hacer una vida lo más normalizada posible.

Los síntomas más frecuentes de la disfagia en pacientes con accidente cerebro vascular pueden ser: la tos, el carraspeo, el cambio en el tono de la voz, restos de

residuos en la boca, el babeo, o la regurgitación nasal. Para tratar a un paciente con disfagia seguiremos las siguientes indicaciones entre otras: mantener una buena higiene de la boca, tanto en el cepillado después de las comidas como en el uso de gasas con enjuague bucal en el caso de que el paciente no pudiera cepillarse la boca.

El ambiente que le rodea debe de ser tranquilo para evitar distracciones y así evitar que se pueda atragantar. Las órdenes deben de ser sencillas y concretas y se debe intentar en la manera de lo posible, que el paciente coma solo utilizando siempre los utensilios adecuados. Se deben evitar usar jeringas o pajitas para beber líquidos.

5 Discusión-Conclusión

La disfagia es una enfermedad que afecta a un número muy elevado de personas, aunque muchas de ellas no la tengan diagnosticada. Es importante hacer con la comida una presentación variada y atractiva para que el paciente no pierda las ganas de comer.

Se puede llegar a afirmar que la disfagia en un paciente tras un accidente cerebro vascular es una complicación propia de la enfermedad que en muchas ocasiones no se tiene lo suficientemente en cuenta como se debería de tener, y esto podría suponer una complicación de la evolución de la enfermedad, incluso el fallecimiento del paciente por posible broncoaspiración

6 Bibliografía

1. <https://www.nestlehealthscience.es/condicionesmedicas/envejecimiento/disfagia/vivir-con-disfagia>
2. <https://accidente cerebrovascular.info/secuelas/disfagia-y-logopedia/>
3. <https://www.flintrehab.com/es/disfagia-por-acv/>

Capítulo 151

EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) EN ATENCION PRIMARIA EN UN CENTRO SANITARIO

RAQUEL SANCHEZ VILLARDON

SORAYA RABASCO DIAZ CHIRON

MARIA JOSE GALLEGO REDONDO

SILVIA DOMINGUEZ LÓPEZ

VANESSA GONZALEZ RODRIGUEZ

1 Introducción

La atención directa al paciente y la experiencia que se obtiene de una practica clínica reflexiva sigue siendo una herramienta pedagógica básica que permite afianzar los conceptos teóricos .Desde hace años se esta desarrollando una meritoria formación posgraduada que permite a los recién graduados en medicina adquirir las competencias necesarias para trabajar como médicos de familia. Ambos comparten consulta y pacientes y deben ordenar síntomas y hacer diagnostico y buscar la mejor solución. Es la presentación comentada de un paciente, o grupo de pacientes, que se convierte en «caso», en «realización individual de un fenómeno más o menos general», en un ejemplo o modelo que ilustra algún componente clínico peculiar, bien por su poder docente, bien por su singularidad o rareza.

La Diabetes Mellitus (DM) tiene una prevalencia aproximada del 14% entre la población y se prevé que en las dos próximas décadas afecte aproximadamente a más de 300 millones de personas en todo el mundo, de forma especialmente significativa a la población mayor de 65 años, dada la importancia del cribado y detección de esta patología, así como de sus afectaciones, en el estadio inicial, es de vital importancia la formación de los médicos de atención primaria como primer escalón del sistema sanitario.

El objetivo es evitar las descompensaciones agudas, prevenir o retrasar la aparición de las complicaciones tardías de la enfermedad, disminuir la mortalidad y mantener una buena calidad de vida. Por lo que se refiere a las complicaciones crónicas de la enfermedad, está claro que el buen control glucémico permite reducir la incidencia de las complicaciones microvasculares.

2 Objetivos

Exponer, a través de un caso clínico, la sintomatología y los cuidados de la diabetes mellitus tipo 2 explicado por parte del equipo de técnico de cuidados auxiliares de enfermería de atención primaria

3 Caso clínico

Mujer de 70 años con una complicada situación familiar y a la que se le diagnostica la enfermedad de diabetes mellitus tipo II. La diabetes mellitus es una enfermedad que dura toda la vida (crónica) en la cual hay un alto nivel de azúcar (glucosa) en la sangre. La diabetes tipo 2 es la forma más común de diabetes”. Durante la enfermedad de su marido, dedicaba todo su tiempo como cuidadora principal y se olvidó de cuidarse a sí misma, descuidando muchas de sus necesidades y salud. Se fue incrementando la sensación de fatiga, las ganas de orinar, una pérdida de la sensación u hormigueo en los pies y la sed; por lo que decidió acudir a su médico y enfermera del centro de salud y hacerse una analítica de sangre. Fue diagnosticada de diabetes mellitus tipo II, tiene un bajo nivel de actividad, una dieta deficiente y el peso corporal excesivo alrededor de la cintura que ello tiende a aumentar el riesgo de esta enfermedad su vida es totalmente sedentaria Niveles elevados de glucemia (200-250mg/dl). Tensión arterial elevada, visión borrosa, fragilidad de los huesos. Los dolores, cada vez mayor cansancio para moverse y los problemas de visión hacen que aumente progresivamente el miedo a salir a la calle sola.

Cuidados de enfermería:

Informar y realizar intervenciones de asesoramiento sobre los beneficios asociados con la pérdida de peso: hay una mejoría del perfil de lípidos, disminución de la discapacidad, disminución de la mortalidad por todas las causas. Es importante el seguimiento y control de la diabetes mellitus, con la mejoría del control de la glucosa y disminución de la presión arterial en caso de hipertensión. El control estricto de la glucemia así como de la presión arterial, es indispensable para evitar complicaciones y disminuir la mortalidad.

4 Discusión-Conclusión

La participación de técnicos auxiliares de enfermería en la atención del paciente con obesidad y diabetes mellitus tipo 2 junto con el personal multidisciplinario es de suma importancia. Las estrategias implementadas para modificar el estilo de vida y favorecer el autocuidado, como herramientas que le permitan al equipo multidisciplinario de salud tomar la mejor decisión clínica para alcanzar las metas de control glucémico y metabólico reflejándose en una atención médica sistematizada.

El asesoramiento nutricional, disminuirá las complicaciones futuras a largo plazo ocasionadas por la diabetes mellitus tipo 2 e hipertensión arterial, mejorando los hábitos alimentarios, lo cual debe ir acompañado de un incremento de la actividad física es el primer paso para el tratamiento de la obesidad en el adulto.

5 Bibliografía

1. <https://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27-articulo-el-casoclinico-medicina-general-13038167>.
2. <https://www.redgdps.org/casos-clinicos-de-diabetes-para-atencion-primaria201>
3. <http://www.ub.edu/farmaciaclinica/projectes/webquest/WQ3/docs/simo.pdf>.
4. <https://www.revista-portalesmedicos.com/revista-medica/caso-clinicopaciente-anciano-con-diabetes-mellitus-tipo-ii/>.
5. https://faenf.cayetano.edu.pe/images/2017/revistavol8/julio/caso_clinico.pdf.

Capítulo 152

EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN EL SERVICIO DE URGENCIAS HOSPITALARIAS

RAQUEL SANCHEZ VILLARDON

SORAYA RABASCO DIAZ CHIRON

MARIA JOSE GALLEGO REDONDO

SILVIA DOMINGUEZ LÓPEZ

VANESSA GONZALEZ RODRIGUEZ

1 Introducción

Una urgencia sanitaria, es la aparición de forma inesperada de algún problema de salud de gravedad y causas variables que provoca en la persona que lo sufre una importante necesidad de atención médica. El trabajo en el servicio de urgencias es un trabajo en equipo, que está muy bien coordinado y donde todos los trabajadores conocen cuáles son sus funciones.

El técnico en cuidados auxiliares de enfermería (TCAE) forma parte, junto a médicos/as y enfermeros/as, del equipo que atiende a los pacientes hasta dar su alta o traslado de unidad, con ayuda en algunas de las actividades, de los/las celadores/as.

Las funciones del auxiliar de Enfermería son muy extensas y variadas, dependiendo del servicio donde se encuentre. Por ello, el Servicio de Urgencias, es el servicio donde todas esas funciones se reúnen. Es un lugar donde existe el contacto con todas las patologías y edades, y donde se tienen que poner en práctica todos los conocimientos adquiridos.

En la unidad de urgencias existe un sistema para clasificar a los pacientes según las prioridades de asistencias. Para esto, se debe evaluar la gravedad de la patología que afecta a cada paciente de manera que se trabaje en orden a las necesidades de cada situación, aprovechando de la mejor manera el tiempo y los recursos disponibles.

En este servicio, se precisa de planificación, organización y trabajo en equipo, por eso el TCAE que desarrolle sus funciones en esta unidad, debe ser una persona capaz de trabajar en equipo, de manera ordenada y metódica.

Además, el paciente que asiste al servicio de urgencias requiere de un mínimo cuidado y atención, por lo que el auxiliar de enfermería debe ser capaz de ofrecerle tranquilidad, seguridad y confianza.

2 Objetivos

Explicar las funciones del Auxiliar de Enfermería en el servicio de urgencias.

- Exponer como tratar al paciente de una manera adecuada.
- Poner de manifiesto la importancia de colaborar con el personal de enfermería u otros profesionales

3 Metodología

Para la elaboración de este trabajo se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica y una búsqueda de libros y artículos en las principales bases de datos de internet, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

Se han usado palabras clave como: urgencias hospitalarias

4 Resultados

El TCAE es quien recibe desde el inicio al paciente en el servicio de urgencias una vez que ha pasado admisión y triaje. Es el encargado de identificar y acomodar al

paciente, y si es preciso, le ayuda también a vestirse y desvestirse, proporcionándole todo lo necesario y preservando en todo momento, su intimidad.

Es importante ver si el paciente es autónomo, continente y su grado de dependencia para saber así el nivel de necesidad de ayuda que necesita. El papel del TCAE es mucho más importante en pacientes con dependencias, ya que en estancias prolongadas en urgencias es importante la vigilancia de la aparición de úlceras por presión.

A la llegada del paciente a urgencias, el TCAE debe observar si existen lesiones en la piel y en caso afirmativo comunicárselo al enfermero.

De todos profesionales sanitarios, el TCAE es quien más cercano está a las necesidades fisiológicas del paciente y quien se encarga de recoger las muestras de esputo, orina, vómitos o heces, así como de controlar el volumen y número de excreciones anotándolo en el registro que corresponda.

En el servicio de urgencias podemos encontrarnos con diversas enfermedades y afecciones y por ello existen múltiples protocolos necesarios según la técnica que se vaya a realizar. El TCAE es quien se encarga de preparar tanto al paciente como el material de las técnicas a realizar y colabora con el enfermero y el médico en el procedimiento.

El técnico en cuidados auxiliares de Enfermería es la persona responsable del instrumental que se utiliza y de su posterior limpieza y envío al servicio de esterilización, así como de recibirlo y ordenarlo a su llegada al servicio de esterilización. Otra función del TCAE en el servicio de urgencias es la de revisar el stock de material de los boxes y el aparataje, comprobando que todo funciona correctamente y anotando las incidencias que puedan existir.

También colabora en la administración de medicación por vía oral y rectal, así como de administrar los enemas de limpieza.

Junto a la enfermera, realizará la toma de constantes vitales, anotando los datos donde corresponda. El TCAE será también el encargado de la realización del electrocardiograma, si fuese necesario.

También, colaborará en la correcta gestión de los residuos sanitarios, prestando atención a los riesgos asociados a su eliminación.

El TCAE realiza y supervisa el alta o traslado de cada paciente, ayudándole en lo que necesite y retirando todo el material utilizado, dejando el box preparado para recibir a otro paciente.

Es importante que el TCAE se mantenga en constante comunicación con el enfermero, participando de forma conjunta en el plan de cuidados del paciente e informándole sobre cualquier cambio que se observe en él. Debe saber priorizar en sus tareas dependiendo de las necesidades del servicio y en función de cada

paciente.

5 Discusión-Conclusión

Los motivos para acudir a la unidad de urgencias son múltiples y varían con cada paciente; por eso el Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería, debe saber lidiar con pacientes que presenten todo tipo de casos y dolencias: desde un simple dolor de cabeza, a casos en los que el diagnóstico sea más grave.

Aunque no será trabajo del auxiliar de enfermería determinar el grado de importancia de la patología de cada uno de ellos, sí que debe estar preparado para poder asistir al médico y a la enfermera en su cuidado.

Por lo tanto, se puede decir que el TCAE desempeña un papel muy importante con el paciente.

6 Bibliografía

1. <https://revistamedica.com/tcae-servicio-de-urgencias/#::text=El%20TCAE%20es%20quien%20recibe,su%20intimidad%20en%20todo%20momento.>
2. [https://www.revista-portalesmedicos.com/revista-medica/importancia-tcaeservicio-de-urgencias/.](https://www.revista-portalesmedicos.com/revista-medica/importancia-tcaeservicio-de-urgencias/)
3. [https://www.educativo.net/articulos/la-funcion-del-auxiliar-de-enfermeriaen-el-servicio-de-urgencias-447.html.](https://www.educativo.net/articulos/la-funcion-del-auxiliar-de-enfermeriaen-el-servicio-de-urgencias-447.html)

Capítulo 153

TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA CON UN PACIENTE CON INFECCIÓN URINARIA QUE PORTA UNA SONDA VESICAL

RAQUEL SANCHEZ VILLARDON

SORAYA RABASCO DIAZ CHIRON

MARIA JOSE GALLEGO REDONDO

SILVIA DOMINGUEZ LÓPEZ

VANESSA GONZALEZ RODRIGUEZ

1 Introducción

El sondaje vesical es una técnica que se basa en la introducción de una sonda hasta la vejiga urinaria, que atraviesa el meato uretral para facilitar así el vaciado de esta cuando el paciente por problemas patológicos no puede expulsar los desechos del metabolismo al exterior por sí solo, teniendo una finalidad diagnóstica o terapéutica.

Los casos en los que se puede emplear un sondaje vesical suelen ser:

- Retención urinaria por una obstrucción de la uretra.
- Intervenciones quirúrgicas: así se permite la cicatrización de la vía urinaria después de la cirugía.

- Control de diuresis: se permite conocer la cantidad de orina eliminada por el metabolismo.
- Tratamientos terapéuticos: así se mantiene la zona genital seca en pacientes con incontinencia en casos especiales, como por ejemplo en el tratamiento de escaras, úlceras por presión o dermatitis de contacto en la región genitourinaria o sacra de difícil acceso.
- Recogida de muestras estériles.
- Introducción de medicamentos con fin exploratorio o terapéutico.

El Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería (TCAE), como profesional de la salud que está más a menudo en contacto con los pacientes hospitalizados, debe detectar de forma inmediata cualquier alteración que se produce en el paciente que lleva un sondaje vesical.

2 Objetivos

Exponer e indicar la actuación del técnico en cuidados auxiliares de enfermería (TCAE) con un paciente con infección urinaria portador de sonda vesical.

3 Metodología

Para la elaboración de este trabajo se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica y una búsqueda de libros y artículos en las principales bases de datos de internet, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

Se han usado palabras clave como: sonda vesical, infección urinaria y meato.

4 Resultados

Existen algunas diferencias entre el sondaje femenino, masculino y de niños. En todos los casos la parte no estéril la realizará el TCAE que consiste en el lavado de los genitales según protocolo de actuación dependiendo del paciente que se va a sondar.

Una vez que se ha realizado el sondaje vesical por el enfermero, el TCAE debe de limpiar la zona de trabajo, retirar el material usado y colocar al paciente en una posición cómoda. Después, hay que registrar la actividad realizada.

Las medidas generales destinadas a prevenir la bacteriuria en un sondaje de corta duración incluyen el uso de un equipo estéril y una técnica aséptica en el mo-

mento de la inserción, reducir al mínimo las posibles desconexiones de la sonda urinaria con el sistema colector, asegurándose que este último esté en una posición adecuada respecto a la vejiga, y evitar que el tubo caiga por debajo de la bolsa de recogida.

Es muy importante el lavado de manos antes y después de vaciar el depósito de orina, minimizando así la contaminación externa del mismo y el riesgo de transmisión cruzada de microorganismos.

El Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería, como responsable del cuidado de la sonda vesical, tiene que seguir una exhausta limpieza y precauciones con la misma, teniendo como principal objetivo prevenir una infección urinaria.

Para ello, se deben cumplir unas estrictas normas de higiene tanto para la limpieza de la piel cercana a la sonda como para el catéter, además de vigilar los posibles signos de infección urinaria. Los cuidados que el TCAE a de seguir serán:

- En las mujeres, la limpieza se realizará de delante hacia atrás. En hombres, retraer el prepucio para limpiar el glande y luego volver a su posición para evitar lesiones. En ellos hay que limpiar desde la punta del pene hacia atrás.
- Limpiar con una esponja húmeda con jabón o una toalla impregnada en jabón. Es importante aclarar y secar muy bien.
- Eliminar cualquier incrustación que haya en la sonda o en la conexión con la bolsa.
- No aplicar cremas u otras sustancias a la piel que rodea a la sonda.
- Vigilar de forma regular que la sonda no se encuentra acodada y que la orina pasa bien hacia la bolsa colectora.
- Tener la bolsa colectora por debajo del nivel de la vejiga.
- No tener tirante la bolsa y tener especial cuidado en no dar tirones fuertes, ya que se puede soltar la bolsa o retirar la sonda.

El técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería debe detectar los posibles signos de infección. Estos signos pueden ser:

- Fiebre.
- Cambios en el color u olor de la orina.
- Dolor en el costal o lumbar.
- Sensación de quemazón o dolor en la vejiga.
- Malestar general, confusión, apatía.

5 Discusión-Conclusión

El Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería requiere de una cualificación en cuanto al sondaje vesical, ya que es el sanitario que más contacto tiene con el paciente, detectando de forma inmediata cualquier alteración que se produce en él tanto a nivel de cuidados como a nivel médico, ofreciéndole al paciente unos cuidados integrales y de calidad.

Los cuidados realizados por el TCAE antes, durante y después del sondaje permiten evitar y detectar la aparición de posibles infecciones nosocomiales.

El plan de cuidados del TCAE debe ser personalizado para cada paciente, intentando en todos los casos informar al paciente y/o a su cuidador de unos cuidados básicos, pero que no siempre son efectivos. Por lo tanto, un buen protocolo higiénico es fundamental para evitar las infecciones.

6 Bibliografía

1. <https://revistamedica.com/tecnico-en-cuidados-auxiliares-de-enfermeriainfeccion-urinaria-sonda-vesical/#::text=El%20T%C3%A9cnico%20en%20Cuidados%20Auxiliares%20de%20Enfermer%C3%ADa%2C%20como%20responsable%20del,bacteriuria%2C%20sondaje%20vesical%2C%20TCAE.>
2. [https://www.saludcastillayleon.es/investigacion/es/banco-evidenciascuidados/ano-2018.ficheros/1283125-Cuidados%20en%20la%20inserci%C3%B3n%20mantenimiento%20y%20retrada%20del%20cat%C3%A9ter%20vesical%20con%20evidencia.pdf.](https://www.saludcastillayleon.es/investigacion/es/banco-evidenciascuidados/ano-2018.ficheros/1283125-Cuidados%20en%20la%20inserci%C3%B3n%20mantenimiento%20y%20retrada%20del%20cat%C3%A9ter%20vesical%20con%20evidencia.pdf)
3. [https://www.aeu.es/UserFiles/files/PosicionamientoAEUPrevencionITUSV.pdf.](https://www.aeu.es/UserFiles/files/PosicionamientoAEUPrevencionITUSV.pdf)

Capítulo 154

ÚLCERAS POR PRESIÓN (UPP) EN EL ÁMBITO HOSPITALARIO

CLAUDIA RODRIGUEZ LOPEZ

1 Introducción

Comenzaremos este capítulo definiendo lo que es una úlcera por presión (UPP) y podemos definirlo como toda lesión isquémica de la piel así como de los tejidos subyacentes que se producen como respuesta a una presión prolongada, cizallamiento o una fricción que tiene lugar entre dos planos duros.

Las úlceras por presión (UPP) son áreas de piel lesionada que se producen por permanecer en una misma posición durante un tiempo prolongado .

Estas úlceras por presión (UPP) se forman en la zona donde los huesos están más cerca de la piel, como por ejemplo en tobillos, talones , las caderas , zona lumbar

.

Las úlceras por presión se clasifican en las siguientes categorías o grados:

- Grado I: piel rosada o enrojecida que no cede al desaparecer la presión durante los 30 segundos siguientes de aliviar ésta presión
- Grado II: úlceras de espesor parcial que afecta a la dermis o epidermis
- Grado III: pérdida total del grosor de la piel llegando a la dermis profunda o hipodermis
- Grado IV: pérdida total del espesor de los tejidos , necrosis de tejido o lesión en estructuras de sosten
- Sin clasificar: pérdida total del espesor de la piel o los tejidos pero en este caso con profundidad desconocida.

El cuidado de la piel es una parte indispensable dentro de los cuidados básicos del paciente hospitalizado. Su objetivo principal es mantener la integridad de la

piel, evitando la aparición de úlceras por presión. El objetivo consiste en valorar el riesgo de cada paciente y una vez valorado eliminar o disminuir los factores de riesgo que favorecen la aparición éstas mejorando a su vez así la calidad y eficiencia de los cuidados prestados.

En cuanto a los objetivos específicos se basa en mantener y mejorar el estado de la piel, proteger la piel de los efectos adversos producidos por presión, la fricción y el cizallamiento. Nuestro principal objetivo por lo tanto es mantener una piel intacta en el paciente.

Para disminuir la aparición de úlceras por presión (UPP) debemos :

- Identificar a la persona con riesgo de desarrollar úlceras por presión
- Establecer los cuidados necesarios que nos permitan evitar y controlar los factores de riesgo
- Definir las intervenciones que llevaremos a cabo para mantener la integridad de la piel
- Establecer criterios unificados de evaluación de los cuidados

2 Objetivos

Dar a conocer las medidas de prevención más eficaces para evitar tanto la aparición como la progresión de úlceras por presión especialmente en personas de riesgo, así como conocer los signos que nos indican la aparición de éstas.

3 Metodología

Para la elaboración de este capítulo se ha llevado una revisión bibliográfica de varios artículos encontrados en las bases de datos Cuiden Plus y Medline, Cuiden. En ellos se abordan los cuidados de enfermería que son más efectivos para prevenir la aparición de las úlceras por presión.

4 Resultados

Estas úlceras son un problema común en personas que tienen limitada su capacidad de movimiento (por edad, por un accidente, enfermedad etc..) y pasan una gran parte del tiempo o todo el tiempo en silla de ruedas o en la cama. Uno de los factores de riesgo más importantes para la formación de estas úlceras es la falta de movilidad de estas personas.

Estas úlceras suponen un empeoramiento en la calidad de vida de los pacientes, dificultando su recuperación. Se estima que un 95% de las úlceras se pueden prevenir, por lo que el índice de úlceras por presión se ha convertido en un indicativo de la calidad muy importante de los cuidados de enfermería.

Estas úlceras por presión constituyen uno de los problemas más frecuentes en la práctica diaria de cuidados de enfermería siendo un gran reto a la vez que una gran responsabilidad, tanto en la prevención como en el tratamiento por la autonomía de actuación que se brinda.

La aparición de úlceras por presión puede:

- Agravar el estado general del paciente por un aumento de infecciones y complicaciones metabólicas.
- A nivel terapéutico pueden deteriorar y complicar un tratamiento integral.
- Prolongar la estancia hospitalaria.
- Suponen una sobrecarga de trabajo para la parte de enfermería.
- Ocasionan pérdida de autonomía, independencia y autoestima.

La prevención de estas úlceras por presión es una labor que puede llegar a considerarse compleja, pero a la vez es muy interesante porque ofrece la posibilidad de marcar una diferencia notoria en cuanto a los resultados del paciente .

La buena evolución así como la resolución de las úlceras podría considerarse como un indicador de calidad muy importante tanto a nivel intrahospitalario como extrahospitalario de la salud del paciente.

5 Discusión-Conclusión

Como podemos comprobar , las úlceras por presión (UPP) son una complicación muy importante tanto en la salud del paciente (ya que puede empeorar notablemente su estado de salud) y en la economía , ya que la presencia de estas úlceras puede influir en las estancias hospitalarias por ejemplo aumentandolas notablemente , también aumentan los costes en los cuidados de enfermería que necesitan las personas que presentan dichas úlceras. Es de vital importancia por lo tanto vigilar a los pacientes con movilidad reducida (ya sea por enfermedad , accidente , edad ... etc)para poder así evitar la aparición y/o progresión de estas úlceras.

6 Bibliografía

1. Guía práctica en la atención de las úlceras de piel. J.Javier Soldevilla Agreda.
2. Rodríguez M. et al. Cuidados de Enfermería al paciente con UPP. Guía de prevención y tratamiento. Cádiz: Hospital Universitario Puerta del Mar, 2004.

3. Guía para el cuidado de las úlceras. Complejo Hospitalario Universitario de Albacete (CHUA). 2006. Disponible en: http://www.gneaupp.es/app/adm/documentos-guias/archivos/56_pdf.pdf.
4. Guía de cuidados enfermeros. Úlceras por presión .INSALUD.
- 5.sspa.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/hrs3/fileadmin/user_upload/area_enfermeria/enfermeria/procedimientos/procedimientos_2012/h15_2_estadios_upp.pdf

Capítulo 155

TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERIA (TCAE) EN EL AMBITO SANITARIO: OXIGENOTERAPIA.PROCEDIMIENTO DE ADMINISTRACIÓN DE OXIGENO

M^a TERESA SÁNCHEZ CARRIÓN

MARIA DEL CARMEN VALERO MOYA

1 Introducción

Dentro de las funciones que desarrolla el técnico en cuidados de enfermería (TCAE) está aplicar los distintos procedimientos de oxigenoterapia junto con el enfermero , atendiendo a las indicaciones médicas.

Historia de la oxigenoterapia: En los años sesenta se introduce la administración controlada de oxígeno por Campbell que diseñó unas mascarillas de oxígeno que permitían regular la fracción inspiratoria de oxígeno (FiO₂) proporcionada. También en los años 70, diversos grupos de investigadores, liderados por el Dr. T. Petty, realizaron los primeros estudios sistemáticos con oxigenoterapia crónica. En años posteriores se evidenció una disminución de la hospitalización y mortalidad de los pacientes tratados con oxígeno. De esta inquietud nacieron los estudios Nocturnal Oxygen Therapy Trial (NOTT) y el del British Medical Research Council (MRC). Ambos estudios demostraron el aumento de la supervivencia en los pacientes con oxigenoterapia, supervivencia que era mayor cuantas más horas de oxígeno recibían.

Estos estudios sentaron las bases de la oxigenoterapia crónica domiciliaria en pacientes con enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), indicaciones que, por extensión, se aplican a las otras enfermedades pulmonares crónicas.

La oxigenoterapia es un tratamiento de prescripción médica en el que se administra oxígeno en concentraciones elevadas con la finalidad de prevenir o tratar la deficiencia de oxígeno (hipoxia) en la sangre, las células y los tejidos del organismo

La oxigenoterapia está indicada en todas las enfermedades que producen dificultad respiratoria y cuyos síntomas consisten en disnea, ortopnea, cianosis y expectoración que puede ser indicativa de insuficiencia respiratoria.

2 Objetivos

- Conocer el protocolo de aplicación de la oxigenoterapia.

Objetivos secundarios:

- Conocer los principales instrumentos para aplicar la oxigenoterapia.

- Poner en conocimiento las normas generales a tener en cuenta a la hora de aplicar la oxigenoterapia.

3 Metodología

Para la realización de este capítulo se ha realizado un trabajo de revisión bibliográfica en el cual se ha utilizado:

Bases de datos: se utilizaron los motores de búsqueda: Google Académico y Dialnet, WorldWideScience.org y Scielo.

Palabras clave y operadores booleanos utilizados para la búsqueda: Auxiliar de enfermería, funciones del TCAE, oxigenoterapia, origen de la oxigenoterapia, instrumentos de aplicación de la oxigenoterapia, normas a tener en cuenta para aplicar la oxigeno terapia y procedimientos a seguir para aplicar la oxigenoterapia.

Criterios de inclusión: fuentes bibliográficas que trataban sobre las funciones del auxiliar de enfermería o TCAE, oxigenoterapia, origen de la oxigenoterapia, instrumentos de aplicación de la oxigenoterapia, normas a tener en cuenta para aplicar la oxigeno terapia y procedimientos a seguir para aplicar la oxigenoterapia, artículos en castellano que como máximo tuvieran 5 años de antigüedad.

4 Resultados

Los sistemas de administración de oxígeno, cuando el paciente puede respirar por sí mismo, más habituales son:

- Gafas nasales: Se emplea para paciente que deben respirar por la nariz , se administra concentraciones de oxígeno menores del 40%.
- Sonda nasofaríngea: Se utiliza para administrar oxígeno a través de una sonda nasofaríngea. Con esta se administra concentraciones de oxígeno inferiores al 40%.
- Mascarilla simple.
- Mascarilla con reservorio.
- Mascarilla Venturi.
- Mascarilla de traqueotomía.
- Tienda parcial de oxígeno y tienda completa de oxígeno: se emplea en pacientes muy inquietos, niños o pacientes que no quieren colaborar.
- Respiración artificial manual.
- Incubadoras.

Normas generales a tener en cuenta en la administración de oxígeno:

- No utilizar en su proximidad aparatos eléctricos en mal estado.
- No fumar, ni utilizar productos inflamables para la limpieza del sistema.
- Humedecer la boca del paciente.
- Vigilar el estado de las fosas nasales del paciente.
- Respetar siempre las indicaciones médicas.

Material o recursos materiales que hay que preparar antes de iniciar el proceso de oxigenoterapia:

- Toma central de oxígeno o bombona con manómetro de presión y manorreductor, caudalímetro y humidificador con agua destilada estéril.
- Con mascarilla:
 - . Mascarilla con alargadera.
 - . Gasas.
 - . Gorro para el paciente.
- Con gafas nasales:
 - . Sonda.
 - . Lubricante hidrosoluble.
 - . Alargadera,
 - . Esparadrapo.
 - . Gasas.
 - . Guantes desechables.

- Con tienda:
 - . Tienda.
 - . Sistema inductor de oxígeno.
- Protocolo de actuación para realizar la oxigenoterapia:
- Preparar el material necesario.
 - Lavarse las manos.
 - Ponerse los guantes.
 - Explicar al paciente el procedimiento que se le va a realizar y pedir su colaboración.
 - Colocar al paciente en la posición de Fowler, o de cubito supino cuando se utiliza la tienda de oxígeno.
 - Comprobar el funcionamiento del sistema de oxígeno y llenar el humidificador.
 - Preparar el dispositivo de aplicación de oxígeno y adaptarlo al paciente:
 - . Colocar la mascarilla sobre la boca y la nariz del paciente
 - . Colocar las gafas nasales en los orificios nasales y después detrás de las orejas del paciente, colocar la sonda tras lubricarla y comprobar la longitud a introducir, desde el orificio nasal hasta detrás de la úvula y a continuación, sujetarla con esparadrapo sobre la ventana nasal.
 - . Situar la tienda sobre toda la cama y sobre la cabeza del paciente.
 - Colocar gasas sobre las orejas y/o gorro para proteger el roce.
 - Seleccionar el flujo indicado por el médico.
 - Una vez terminado el proceso, acomodar al paciente.
 - Recoger todo, limpiar lo que sea necesario y dejarlo en el lugar indicado para ello.
 - Quitarse los guantes.
 - Lavarse las manos.
 - Anotar en el libro de registro.

5 Discusión-Conclusión

Es imprescindible que el TCAE tenga conocimientos sobre la importancia oxigenoterapia tiene sobre la salud del paciente. Que la cantidad de oxígeno que tiene un paciente puede evitarle grandes problemas, como así mismo debe conocer las principales instrumentos para aplicar la oxigenoterapia, ya que al hacer las anotaciones en el libro de registro, en las observaciones debe poner si esta se ha realizado con mascarilla, gafas nasales, tienda, etc.

Pero más importante aún es que el TCAE conozca las normas generales de aplicación de la oxigenoterapia y el protocolo a seguir para suministrar oxígeno a

los pacientes, ya que de ello depende que sus funciones sean realizadas adecuadamente y que el paciente esté hospitalizado el menor tiempo posible y tenga una pronta recuperación. Contribuyendo a que el servicio al que pertenece desarrolle su actividad con calidad y excelencia.

6 Bibliografía

<https://revistas-portalesmedicos.com>

<https://apuntesauxiliarenfermeria.com>

<https://www.auxiliar-enfermeria.com>

Técnicas básicas de enfermería. Smartbook.

Wikipedia. <https://www.revistadepatologiaspiratoria.org->

Capítulo 156

EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) EN EL SERVICIO DE GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA

GEMA TORIBIO VALIENTE

FRANCISCA NAHARRO SERRANO

ANTONIA PEINADO CASTILLO

FRANCISCA CAMPOS MUÑOZ

INMACULADA LOPEZ ORTEGA

1 Introducción

El servicio de Ginecología y Obstetricia se ocupa de las pacientes mujeres en el cuidado del aparato reproductor. La Ginecología es la ciencia que se ocupa de las enfermedades del aparato reproductor femenino, como alteraciones del ciclo sexual, patologías etc.

La Obstetricia se ocupa de proporcionar a la mujer todos los cuidados relacionados con el embarazo, el parto y el puerperio. A veces pueden surgir complicaciones como una cesárea, de las que también se ocupa este servicio.

Las funciones de los Técnicos en Cuidados Auxiliares de Enfermería son las de ayudar y asistir al resto del personal sanitario, sea el servicio que sea. Además

de atender sus necesidades, también deberá preparar y ayudar en todo momento al paciente. Cuando hablamos de cuidados ginecológicos y obstétricos, el TCAE debe tener en cuenta la importancia de prestar un gran apoyo psicológico a las pacientes, ya que son frecuentes los sentimientos de pudor e inseguridad. Una buena relación ayudará a que disminuyan estos sentimientos. Los Técnicos en Cuidados Auxiliares de enfermería en el servicio de Ginecología y Obstetricia, trabajarán bajo la dirección de los ginecólogos y enfermeros. Sus funciones variarán desde las tareas administrativas hasta la preparación de las pacientes para exámenes y procedimiento y la ayuda al demás personal sanitario.

2 Objetivos

El objetivo principal de este artículo es dar a conocer la importancia del papel del Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería en el servicio de Ginecología y Obstetricia, así como desarrollar sus principales funciones y las funciones generales que estos realizan en el servicio de ginecología.

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 funciones del TCAE en el servicio de ginecología y obstetricia son la de apoyar y ayudar a los médicos y enfermeros de dicha área. Estas funciones se dirigirán principalmente a la preparación del paciente para las intervenciones que se les vaya a realizar. Destacan algunas funciones generales como:

- Preparación del paciente en la camilla
- Facilitar la vestimenta y productos de higiene personal al paciente
- Asistencia a los bebés en caso de parto
- Apoyo al personal de enfermería durante cualquier procedimiento

En el caso de asistencia en un parto, el Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería deberá preparar a la embarazada para el nacimiento e higiene de la misma,

preparar, desinfectar y limpiar los instrumentos utilizados en la mesa de parto, apoyar al especialista durante el parto, etc.

Una vez la madre haya dado a la luz, se procederá al cambio de sábanas y ropa de embarazada, se recogerá, limpiará y enviará al servicio de esterilización el material utilizado, se recogerá la mesa del recién nacido y se identificará a este con una pulsera identificativa donde aparecerán los datos de la madre, el nombre del recién nacido, la fecha y la hora de parto.

Una vez haya concluido el parto, se trasladará a la madre y a su hijo a la habitación, donde el TCAE les facilitará los cuidados necesarios y todo lo que necesiten para su comodidad. Es importante que la temperatura de la habitación oscile entre los 22 y los 25°C, ya que es la temperatura óptima para el organismo del bebé.

Se les facilitarán consejos sobre lactancia materna, higiene del recién nacido, higiene íntima de la madre. En caso de que ocurriese alguna incidencia, el TCAE deberá avisar al enfermero/a de turno. Los Técnicos en Cuidados Auxiliares de Enfermería deberán realizar también las funciones administrativas, como las de actualizar las historias clínicas de la paciente.

Los Técnicos en Cuidados Auxiliares de Enfermería en el servicio de ginecología cumplirán algunas funciones generales como:

- Toma de constantes vitales de las pacientes
- Ayudar a las pacientes y prepararlas para los procedimientos que se les vayan a realizar
- Actualizar las historias clínicas
- Asistencia a ginecólogos y enfermeros zona
- Aconsejar a las pacientes para prevenir enfermedades que afecten a su zona íntima.

5 Discusión-Conclusión

En resumen y tal como hemos visto y descrito en el anterior apartado (resultados del presente capítulo), nosotros como auxiliares de enfermería o TCAEs en el servicio de ginecología y obstetricia nos encargamos de preparar a la mujer embarazada para dar a luz, le damos las medidas de higiene necesarias lavándolas, ayudamos al personal de enfermería en los procedimientos que realicen, si es necesario asistimos a la embarazada en el parto y les daremos consejos sobre lactancia materna.

En nuestra opinión y tal como hemos visto anteriormente vemos que los cuidados que otorgamos en los servicios de ginecología y obstetricia son muy importantes

en el apoyo de médicos y enfermeros de esta.

6 Bibliografía

1. Funciones del TCAE en Obstetricia [Internet]. Revistamedica.com. 2021 [citado el 13 de mayo de 2021]. Disponible en: <https://revistamedica.com/funciones-tcae-obstetricia/>
2. Cgtsanidadlpa.org. [citado el 13 de mayo de 2021]. Disponible en: <https://www.cgtsanidadlpa.org/f/opes/aux-enfermeria/T16-AE-SCS-2007.pdf>
3. Funciones del auxiliar de enfermería en ginecología [Internet]. Fpsantagema.es. 2019 [citado el 13 de mayo de 2021]. Disponible en: <https://www.fpsantagema.es/funciones-del-auxiliar-de-enfermeria-en-ginecologia>

Capítulo 157

EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA Y LA COMUNICACIÓN CON EL PACIENTE

GEMA TORIBIO VALIENTE

FRANCISCA NAHARRO SERRANO

ANTONIA PEINADO CASTILLO

FRANCISCA CAMPOS MUÑOZ

INMACULADA LOPEZ ORTEGA

1 Introducción

La forma en que los seres humanos nos comunicamos, a través de un lenguaje complejo en el que tanto la comunicación verbal como la no verbal se entrelazan para hacernos entender con mayor efectividad frente a nuestros congéneres, nos hace únicos.

Es, por tanto, obvio que la comunicación es esencial en todos los aspectos de la vida, pero lo es más aún cuando nos referimos al ámbito de la salud y, en especial, al del paciente, ya que este, al acudir a un centro hospitalario, se encuentra en un entorno desconocido, por lo que puede estar desorientado, y en un estado, tanto físico como emocional, de vulnerabilidad y confusión.

Por todo ello es por lo que se hace necesario que, si queremos mantener una buena relación con nuestros pacientes, desarrollando la confianza necesaria para

conseguir su colaboración, sea imprescindible, no solo tener una actitud empática a la par que profesional, sino también que seamos capaces de comunicarnos de manera clara y efectiva.

Cuanta mayor sea nuestra capacidad para desarrollar este tipo de comunicación, mejor será la relación con el paciente y mejor, por tanto, la atención que todo el equipo de salud, y en especial el técnico en cuidados auxiliares de enfermería (TCAE), podrá desarrollar en su beneficio. La comunicación terapéutica es, por tanto, esencial para desarrollar la correcta relación con el paciente, teniendo siempre en cuenta factores como: edad, sexo, estado de salud, nivel cultural, situación socioeconómica.

2 Objetivos

- Definir el concepto de comunicación terapéutica.
- Exponer como los TCAE desarrollan relación terapéutica con el paciente y como este personal desarrolla destrezas y habilidades necesarias para crear un clima de confianza entre paciente y los auxiliares de enfermería y explicar como dicho personal desarrolla también una escucha activa.

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

Para desarrollar una buena relación con el paciente y poder brindarle los cuidados necesarios, debemos ser capaces de establecer una relación de confianza y, para conseguirlo, la comunicación terapéutica es el método más eficaz.

Podemos definir la comunicación terapéutica como una comunicación que debe tener en cuenta no solo la comunicación verbal y no verbal (gestos, sonrisas, miradas) sino también los silencios y la escucha activa.

Tendremos en cuenta todo aquello que nos transmita el paciente, no solo por lo que nos diga sino también por todo aquello que podamos interpretar a través de su lenguaje no verbal. Los gestos, miradas, sonrisas e incluso los silencios pueden informarnos de cómo se siente el paciente ante determinadas situaciones.

El paciente puede sentirse incómodo, avergonzado, molesto ante determinadas preguntas, prácticas o situaciones en general y no atreverse a verbalizar por miedo o por la falta de confianza y seguridad que pueda sentir.

En el mismo sentido, los silencios también pueden transmitirnos mucha más información de lo que, en principio, pudiera parecer.

Por todo ello, los sanitarios y, en este caso concreto, los TCAE especialmente debido al estrecho contacto que mantenemos con los pacientes, debemos desarrollar las habilidades y destrezas necesarias para generar un clima de confianza que nos permita ayudar y apoyar de la forma más efectiva posible.

Debemos tener en cuenta las características particulares de cada paciente, como, por ejemplo: sexo, edad, nivel cultural, situación socioeconómica, estado de salud.

Una vez valoradas dichas características, procuraremos utilizar una terminología clara, una comunicación eficaz basada en principios éticos, siempre desde el respeto e intentando generar la mayor confianza posible.

Tan importante como lo que transmitimos es ser capaces de desarrollar la escucha activa, teniendo en cuenta aquello que el paciente nos comunique y favoreciendo siempre el diálogo; debemos ser conscientes siempre de que el paciente se encuentra en una situación de vulnerabilidad frente a nosotros y eso, indiscutiblemente, afectará a la forma en que se enfrente a la situación.

5 Discusión-Conclusión

Con todo lo expuesto anteriormente, podemos sacar las siguientes conclusiones:

- La comunicación es algo básico en todos los aspectos de la vida.
- En el ámbito sanitario, la comunicación terapéutica es esencial para desarrollar una relación de confianza con el paciente, para poder ofrecerle, de manera más efectiva, los cuidados y el apoyo que necesita.
- La comunicación terapéutica debe estar basada, siempre, en principios éticos.
- Se entiende por comunicación terapéutica aquella que es capaz de desarrollar la confianza necesaria para desempeñar, de la forma más eficaz, nuestras funciones

como TCAE.

-Dicha comunicación consta no solo del lenguaje verbal y no verbal sino también y sobre todo, de una eficiente escucha activa de la que los silencios serán también parte fundamental.

-Tendremos siempre en cuenta las peculiaridades de cada paciente, así como la situación de vulnerabilidad en la que se encuentra. Teniendo en cuenta toda la información recabada a través de los métodos mencionados en el apartado anterior, podemos concluir que la comunicación es básica en todos los aspectos de la vida y especialmente relevante en el ámbito sanitario.

Para desarrollar una buena relación con el paciente y poder brindarle los cuidados necesarios, debemos ser capaces de establecer una relación de confianza y, para conseguirlo, la comunicación terapéutica es el método más eficaz.

6 Bibliografía

1. Naranjo Bermúdez, Isabel C. Ricaurte García, Gloria P.” La comunicación con los pacientes” (2006). www.scielo.org.co.
2. Merayo Pérez, A. “La comunicación con el paciente”. ELSEVIER (2014).
3. “Comunicarse con los pacientes”. www.medlineplus.gov.
4. Instituto Universitario de Pacientes. “Comunicación entre profesionales sanitarios y pacientes” (2019), en www.novartis.es.

Capítulo 158

IMPORTANCIA DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) EN LOS CUIDADOS PALIATIVOS DE PACIENTES TERMINALES

GEMA TORIBIO VALIENTE

FRANCISCA NAHARRO SERRANO

ANTONIA PEINADO CASTILLO

FRANCISCA CAMPOS MUÑOZ

INMACULADA LOPEZ ORTEGA

1 Introducción

El objetivo central de los cuidados paliativos se centra en conceder una muerte digna y sin dolor, al paciente terminal, anteponiendo el confort y la calidad de vida, también se debe brindar apoyo emocional a los familiares y amigos del paciente terminal.

El auxiliar de enfermería tiene una labor muy importante que consiste en prestar cuidados básicos al paciente como alimentación, el aseo o la movilidad, pero también deben de colaborar con las enfermeras, los médicos y con otros profesionales sanitarios en sus tareas.

Cuando un auxiliar de enfermería está frente a un paciente terminal, una de las principales funciones que tiene que realizar consiste en que le preste al enfermo terminal los cuidados paliativos que correspondan, y para realizar estas tareas el auxiliar de enfermería, debe prestar su máximo compromiso y responsabilidad profesional.

Cuando hablamos de cuidados paliativos, estamos hablando de aquellos cuidados que precisan los pacientes terminales y sus familiares en la última etapa de su enfermedad. Los cuidados paliativos a enfermos terminales tienen como principal objetivo conceder una muerte digna y sin dolor al paciente, calidad de vida y confort, así como también brindar apoyo emocional a los familiares y amigos del paciente. Para llevar a cabo todo esto anteriormente expuesto, es imprescindible que el auxiliar de enfermería esté capacitado y tenga la formación suficiente y adecuada para poder llevar a cabo de manera competente todas las tareas que se requieren para realizar este tipo de cuidados. Gracias a los cuidados paliativos que se le brindan al paciente, este pasará sus últimos días de vida, libre de dolor, con los síntomas controlados y de una forma consciente.

El equipo que forma parte de los cuidados paliativos en un hospital, por lo general está formado por varios profesionales, entre ellos se encuentran los médicos, los enfermeros, los auxiliares de enfermería, los psicólogos, los trabajadores sociales, etc.

2 Objetivos

Exponer los rasgos que el TCAE conoce de los enfermos terminales, la responsabilidad que estos profesionales tienen con sus pacientes terminales, las intervenciones que el tcae debe realizar con los pacientes terminales y el apoyo y respeto que este personal brinda a sus pacientes y familiares de estos.

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

Los cuidados que reciben los enfermos terminales por los auxiliares de enfermería son sumamente esenciales, decir que según la bibliografía consultada el personal auxiliar de enfermería destaca por conocer los rasgos de un enfermo terminal.

Entre esos rasgos destacan:

- Que la enfermedad esté avanzada, sea progresiva e incurable.
- Los tratamientos utilizados en ellos no produzcan efectos.
- Los enfermos tengan dolencias o estén afectados por enfermedades incurables.
- Que el pronóstico de vida sea corto.

Los TCAEs, como personal sanitario lo pasan mal por el fallecimiento de sus enfermos y no es una buena sensación.

El auxiliar de enfermería tiene la responsabilidad de mejorar las condiciones y cubrir las necesidades del paciente terminal, así como de los familiares que lo acompañan en esta etapa del final de su vida, para prevenir situaciones perjudiciales, para ello, acompañando, humanizando la muerte y ayudando al paciente terminal a morir en paz.

Las intervenciones adecuadas que el TCAE debe realizar serán: Controlar los síntomas del enfermo, elaborando una atención completa y suministrando un buen control de los síntomas.

Para los familiares es fundamental que la persona terminal no muestre dolores, molestias, insomnio e intranquilidad entre otros muchos síntomas que pueden llegar a aparecer. Debe respetar los intereses del enfermo, si desea conocer o no su enfermedad y hacer entender a la familia que este deseo se llevará a cabo. Promover la comunicación de sentimientos entre el enfermo y la familia para que el paciente no se sienta sólo. Llevar una comunicación honesta y sincera con el paciente durante todo el proceso, respetando en todo momento sus derechos y decisión de morir de forma tranquila y sosegada y por así decirlo, de la mejor manera posible para el.

5 Discusión-Conclusión

En nuestra opinión y según lo visto en el anterior apartado de resultados del presente capítulo, los cuidados del TCAE hacia este tipo de pacientes es fundamental para su calidad de vida, teniendo en cuenta que el tcae conoce o debe de conocer los rasgos de estos pacientes, además de que los auxiliares de enfermería,

tal como hemos visto tenemos la responsabilidad de cuidar, mejorar y cubrir las necesidades de estos pacientes.

La atención que nosotros como personal de enfermería otorgamos a estos pacientes es muy importante, ya que en resumidas cuentas controlamos los síntomas del enfermo, elaboramos una atención completa y suministramos un buen control de los síntomas.

6 Bibliografía

1. <https://revistamedica.com/atencion-tecnico-en-cuidados-auxiliares-de-enfermeria-proceso-del-duelo/>
2. <https://docplayer.es/45383675-La-auxiliar-de-enfermeria-en-cuidados-paliativos.html>
3. <https://www.elsevier.es/es-revista-medicina-familia-semergen-40-articulo-percepcion-sobre-conocimientos-cuidados-paliativos-S1138359314004444>

Capítulo 159

APLICACION DE TERMOTERAPIA Y CRIOTERAPIA POR PARTE DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE)

MARÍA DOLORES LOZANO GÓNZALEZ

MILAGROS LOZANO GONZALEZ

ANA MARÍA MORCILLO CASTAÑO

MARIA DEL PILAR ARRIBAS MOLINERO

MARIA TERESA CUESTA MIRALLES

1 Introducción

La aplicación del frío y del calor sobre el organismo es una práctica muy habitual en la actualidad para tratar determinadas dolencias, sin embargo, no es un procedimiento moderno, ya que su origen es muy antiguo. La palabra crioterapia proviene del griego “krios” (frío) y “therapia” (cuidado médico). Consiste en aplicar frío sobre el cuerpo como tratamiento terapéutico. No es una técnica reciente, puesto que en el antiguo Egipto ya se llevaba a cabo para tratar heridas de guerra según recoge el Papiro Ebers. El Papiro Ebers es un tratado médico que data del año 1500 a. C. Por otra parte, la palabra termoterapia resulta del griego “thermos” (caliente) y “therapeuein” (cuidar). Es un método terapéutico basado

en aplicar calor sobre el organismo. En el siglo II a. C. aparecen en la Antigua Roma los primeros baños de agua caliente en las termas públicas.

Son terapias de aplicación corta, ya que si se prolongan pueden dar problemas. Por todo esto el técnico de auxiliar de enfermería, TCAE, debe estar alerta y observar la zona de aplicación para detectar precozmente una posible complicación y poder suspender el tratamiento a tiempo. El uso de estas terapias no constituye la base fundamental de un tratamiento en sí, sino más bien se trata de técnicas alternativas que complementan y ayudan a otras terapias, las cuales en conjunto si tienen unos objetivos comunes, siempre empleándose de la forma adecuada y con el equipo siempre apropiado.

En la rama de la crioterapia y de la termoterapia, el Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería (TCAE) debe seguir una serie de consideraciones:

- Se encarga de explicar al paciente el procedimiento que se va a realizar.
- Debe conocer cuáles son los recursos para aplicar frío y calor, entendiendo cuáles son sus consecuencias.
- Acomoda al paciente en la posición adecuada dependiendo de la zona donde se vaya a aplicar frío o calor.
- Prepara el equipo necesario para llevar a cabo el proceso.
- Observa el estado de la piel del paciente antes y durante la técnica.
- Durante el proceso comprueba asiduamente la temperatura en la zona donde se ha puesto el frío o el calor.
- Una vez que ha finalizado el tratamiento, recoge el equipo utilizado y coloca al paciente en la posición adecuada.
- Comunica a la enfermera cualquier incidencia observada.

2 Objetivos

- Describir el concepto de calor y frío como método terapéutico, así como sus efectos fisiológicos, contraindicaciones, y las normas para aplicarlo.
- Dar a conocer cuál es la función del Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería (TCAE) en la crioterapia y en la termoterapia.

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 princi-

pales base de datos: Pudmed, Medline y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

La aplicación de los agentes físicos calor y frío sobre superficies corporales tiene como objetivo obtener los efectos terapéuticos que deseamos para aliviar, mejorar o paliar diferentes patologías. En fisioterapia son técnicas de uso común. La aplicación local de frío con fines terapéuticos es conocido como crioterapia, y hablamos de termoterapia cuando el agente físico aplicado es el calor. El fundamento para el empleo de estas terapias reside en los cambios fisiológicos que se han comprobado en estudios científicos. Hay que conocer muy bien todos los efectos derivados de la aplicación del calor y frío, así como las consecuencias que producen en una determinada patología.

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. Los efectos del calor y del frío sobre el organismo son:

1/ El calor provoca una vasodilatación. 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 nutrientes 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.

2/ El frío provoca una vasoconstricción, una 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.

Existen dos formas de aplicar frío: empleando frío seco o utilizando frío húmedo.

1/ El frío seco se administra mediante:

- Bolsa de hielo. También recibe el nombre de cold-pack. Es una bolsa de goma que tiene un agujero de entrada ancho y un tapón que permite cerrarla herméticamente. Esta bolsa se debe llenar hasta arriba de hielo para que una vez que el hielo se deshaga ocupe dos tercios de su capacidad. El contenido de la bolsa se debe renovar cada 30 minutos como máximo. No se debe aplicar durante más de dos horas ininterrumpidas.
- Collar de hielo. Bolsa de plástico de forma alargada y estrecha que permite adaptarse al cuello. Dispone de un líquido o aire helado.

- Mantas de hipotermia. Existen diferentes tamaños. Se conectan por medio de un tubo a un aparato, el cual permite que circule un líquido frío en su interior.

2/ El frío húmedo se aplica a través de:

- Freezbag. Es una bolsa plana cubierta de goma, dentro tiene una sustancia química que se puede congelar.

- Baño de agua fría. La temperatura del agua debe descender poco a poco, empezando con dos grados menos que la temperatura corporal, se irá bajando de dos grados en dos grados hasta llegar a una media de 30°C. Nunca se debe bajar de 26°-28°C y tendrá una duración de 10 minutos.

- Compresa. Se sumerge la compresa en agua con hielo y se escurre antes de aplicar en la zona deseada. Las compresas se renuevan cada 1 o 2 minutos durante 10-20 minutos.

- Remojo frío. Consiste en la inmersión de una parte del cuerpo en agua fría. Aquí se incluyen los baños de asiento (zona perineal).

El calor también se puede administrar mediante calor seco o por medio de calor húmedo. Veamos sus diferencias:

1/ El calor seco se administra mediante:

- Calentador eléctrico. Es un aparato que tiene en su interior arena, la cual se calienta por medio de una resistencia eléctrica. Cuando la arena está caliente se apaga, se envuelve el calentador en una funda y se aplica sobre la zona deseada.

- Bolsa de agua caliente o hot pack. Es una bolsa de plástico que se llena dos tercios de su capacidad con agua a una temperatura de 50°-58°C. Tiene un tapón para poder cerrarla herméticamente.

- Manta y almohadilla eléctrica. En el interior poseen una resistencia eléctrica, se conectan a un enchufe y disponen de un termostato que permite regular la temperatura.

- Otras formas: Ultrasonidos, láser, microondas, radiaciones infrarrojas o lámparas de calor. 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 145 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.

2/ Para el calor húmedo se puede emplear:

- Compresa caliente. Se introduce una compresa en agua a 46°-51°, una vez escurrida se aplica sobre la zona deseada y se renueva cada 10 minutos.

- Baño caliente. Se introduce todo el cuerpo en agua a unos 40° durante 10 minutos.

- Inmersión o remojo caliente. Se introduce una parte del cuerpo en agua caliente durante 20 minutos. La temperatura del agua la prescribe el médico.

Aun así, El TCAE debe tener en cuenta las peculiaridades de estas técnicas, y observará las siguientes contraindicaciones:

1/ De la aplicación de calor:

- Sobre las zonas anestesiadas o pacientes inconscientes.
- Zonas con una irrigación inadecuada: varices.
- Cualquier tendencia al sangrado se incrementa con el calor debido al aumento del flujo sanguíneo y dilatación de los vasos.
- En procesos malignos o tumores.
- Evitar el calentamiento de las gónadas.
- Evitar el calentamiento del feto en desarrollo.

2/ De la aplicación del frío:

- Debido a la vasoconstricción, si el enfriamiento se prolonga en el tiempo de manera excesiva, puede retardar la curación de heridas.
- Lesión neurológica en el nervio por una exposición excesiva al frío.
- Lesiones cutáneas por congelación, se produce por una vasoconstricción que da lugar a una isquemia y que si siguiese evolucionando puede llegar a producir una necrosis de la zona.

5 Discusión-Conclusión

Son múltiples los beneficios que la crioterapia y la termoterapia pueden aportar sobre el organismo, aunque también presentan contraindicaciones. Tanto la termoterapia como la crioterapia son técnicas que han de ser prescritas por un facultativo, ya que existen diversos métodos para aplicar frío o calor dependiendo del efecto que deseamos lograr.

Hay que tener en cuenta que los efectos del calor aplicado de forma local, tiene más repercusiones sobre la piel. Los resultados óptimos del tratamiento aparecen a los 20 o 30 minutos tras su aplicación. El calor aplicado localmente sobre la superficie corporal produce una dilatación de los vasos sanguíneos locales y en los tejidos adyacentes. También produce enrojecimiento y calentamiento de la piel. Como consecuencia de ello se produce una mayor afluencia de sangre hacia los tejidos periféricos, aumentando el aporte de oxígeno y nutrientes. El calor tiene efectos generales sobre el organismo provocando sudoración, sedación y relajación muscular.

El frío aplicado localmente produce vasoconstricción en la zona de aplicación y adyacentes, es decir, disminuye el calibre de los vasos sanguíneos. La repercusión

que tiene en la zona de aplicación es que disminuye el aporte de sangre a los tejidos. La piel se torna pálida y fría. No cabe duda que la aplicación de cualquiera de estas técnicas sirven para aliviar muchas patologías.

Así mismo, es importante destacar la labor del TCAE en la termoterapia y en la crioterapia. Es fundamental que aplique correctamente los métodos, para ello debe reunir las competencias adecuadas. Una mala praxis por parte del TCAE puede desencadenar consecuencias nocivas para la salud del paciente.

6 Bibliografía

1. Manual del técnico auxiliar de enfermería. Editorial Mad.
2. Juan Arenas. Crioterapia y termoterapia en las lesiones del aparato locomotor. Revista Offarm. 02/2002. Consulta: 07/09/2021; Vol.21. Núm.2: pp. 106-111. Disponible en: <https://www.elsevier.es>
3. <https://cgtsanidadlpa.org>

Capítulo 160

COLABORACIÓN DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) EN LA COLOCACIÓN DEL SONDAJE NASOGÁSTRICO

MARÍA DOLORES LOZANO GÓNZALEZ

MILAGROS LOZANO GONZALEZ

ANA MARÍA MORCILLO CASTAÑO

MARIA DEL PILAR ARRIBAS MOLINERO

MARIA TERESA CUESTA MIRALLES

1 Introducción

La sonda nasogástrica es un tubo flexible y fino, se le pone en el hospital a los pacientes que no pueden tragar o comer normalmente debido algún tipo de cirugía en la zona de la boca y la garganta o como consecuencia de enfermedades degenerativas. Así se consigue que los pacientes puedan mantener la alimentación y puedan también administrarles la medicación que tengan prescritas También puede usarse en caso de intoxicaciones medicamentosas o de obstrucciones intestinales para evacuar el contenido gástrico del paciente, para extraer aire del

estómago, con fines profilácticos en pacientes con riesgo de broncoaspiración o para la toma de muestras gástricas o confirmar si existe un sangrado activo.

Es una técnica llevada a cabo por el personal de enfermería, que consiste en la inserción de una sonda, generalmente de silicona, desde un orificio nasal hasta el estómago. Tomaremos la medida de la longitud necesaria calculando la distancia nariz-oído- estómago y una vez introducida, comprobaremos la colocación correcta mediante la insuflación de aire con una jeringa a través de la sonda, escuchando con un fonendo si lo oímos en el estómago o bien aspirando contenido gástrico. Está contraindicada la inserción de una sonda si hay sospecha de rotura esofágica, fracturas faciales o de los huesos de la base del cráneo u obstrucción nasofaríngea. Dicho procedimiento es aconsejable realizarlo en la atención intrahospitalaria para llevar a cabo técnica aséptica y tener la seguridad que de que se encuentre en el lugar donde debe estar.

Existen varios tipos de sondas, en función del material, forma, orificios de los que dispongan y el calibre que tengan. Dicho calibre hace referencia al diámetro de su orificio interno, que será variable en función del objetivo de la sonda, las sondas mas utilizadas suelen ser: sonda Levin es de plástico transparente, con punta roma con orificios concéntrico y perforaciones laterales a diferentes niveles y con un calibre que oscila de 12 a 20 Fr. Sonda Salem es un tubo de doble luz y radiopaca, el tubo secundario es mas pequeño, se comunica con la atmosfera y permite flujo de aire continuo en aspiraciones, se utilización mas habitual es para la aspiración continua.

La actuación del Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería consiste en cooperar con el profesional de enfermería durante todo el procedimiento acercándole todo el material que se requiere para llevar a la práctica el sondaje. Igualmente, otra de las competencias del Auxiliar sanitario es prestar una serie de cuidados al paciente, tales como: vigilar que no se produzca enrojecimiento o irritación en zona de la piel a causa del esparadrapo que sujeta la sonda, comprobar diariamente su permeabilidad, observar si el paciente presenta molestias (náuseas, vómitos) y, que la sonda nasogástrica no se cae o se sale accidentalmente.

2 Objetivos

- Describir las funciones del TCAE en pacientes con un sondaje nasogástrico.
- Proporcionar unos conocimientos básicos de lo que es una sonda nasogástrica y qué complicaciones puede haber a la hora de su colocación.

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: Pubmed, Medline y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

La sonda nasogástrica es un tubo de plástico flexible, que se introduce a través de la nariz y permite llevar el alimento directamente al estómago. Para la colocación es fundamentalmente la introducción de una sonda por las fosas nasales o boca hasta el estómago (se debe lubricar la sonda antes de introducirse). Es un dispositivo de nutrición enteral. Se utiliza en pacientes con diversas situaciones clínicas, como: pacientes que presentan dificultades para tragar o masticar los alimentos, con trastornos gastrointestinales, con enfermedades neurológicas graves, y casos de malnutrición grave. Existen tres clases de sondas dependiendo del órgano al que se pretenda acceder:

1. Nasogástrica: para el estómago.
2. Nasoduodenal: llega al duodeno.
3. Nasoyeyunal: hasta el yeyuno

Pueden presentarse estas complicaciones a la hora de su aplicación:

- Lesiones en la nariz, debido a la rigidez de la sonda.
- Obstrucción de la sonda, por productos o medicamentos secos en el interior de esta.
- La extracción de la sonda, por accidente o voluntariamente.
- Las náuseas y vómitos pueden ser por la posición incorrecta del paciente, porque el alimento pasa demasiado rápido, excesivo contenido gástrico.
- Tos irritativa, por la posible salida parcial de la sonda.

Los pasos a seguir por el TCAE en su labor de colaboración en el sondaje nasogástrico será:

- Lavarse las manos y colocarse los guantes.
- Explicarle al paciente siempre que este es consciente la técnica que se va a realizar para que este tranquilo y colabore en el procedimiento.
- Colocar al paciente en una posición cómoda (Fowler alta), retirar las prótesis dentales si las tuviese, debe permanecer en esta posición hasta una hora después de iniciar la nutrición, y después de cada toma, siempre y cuando sea posible.

- Calcular la longitud de la sonda, se mide desde la nariz pasando al lóbulo de la oreja y llegando hasta el apéndice xifoides.
- Observar si tiene alguna herida, irritación, lesión u obstrucción, en la zona en la cual se va a insertar la sonda, tanto si es por la boca como si es por las fosas nasales.
- Lubricar la sonda en su extremo distal y ayudar al paciente siempre y cuando esté consciente a colocarse con la cabeza en hiperextensión, si no será el TCAE el que coloque la cabeza en esta posición, para que la introducción de la sonda sea más fácil e indolora.
- El enfermero es el que se encargará de introducir la sonda, la sujetará del extremo y la ira introduciendo poco a poco y con suavidad con la ayuda de las dos manos. Para este proceso se necesita la colaboración del paciente si es posible y se le indicará que haga el gesto de tragar para que la sonda entre con más facilidad y se eviten posibles daños, en este paso a veces suelen aparecer sensación de náuseas, si la sonda no progresa porque haya alguna obstrucción comunicarlo inmediatamente al médico.
- Cuando el paciente este inconsciente algunas veces hay que utilizar algunos instrumentos como por ejemplo el laringoscopio y las pinzas de Magill, además deberemos colocar al paciente con la cabeza flexionada hacia delante con la barbilla mirando al pecho, este acto lo realizara el TCAE.
- Asegurarse de que la sonda está bien colocada, el método más adecuado o fiable es haciendo una radiografía de tórax, aunque, otra forma es colocar el fonendoscopio en la apófisis xifoides y con una jeringa meterle aire para escucharlo a través del fonendoscopio, o aspirar para comprobar si sale contenido gástrico. Así sabremos si está en el lugar adecuado.
- Se debe fijar la sonda para evitar que se salga de su lugar, para ello se debe usar esparadrapo hipo alérgico para evitar posibles lesiones en la piel.
- Destapar la sonda e irrigar una pequeña cantidad de agua unos 30 mililitros para comprobar la permeabilidad.
- La temperatura recomendable de la alimentación a la hora de administrarse es la temperatura ambiente y el proceso debe hacerse lentamente, por la gravedad o haciendo una ligera presión, o con una bomba nutricional para así controlar la velocidad y cantidad más exhaustivamente del alimento que suministra al paciente. La alimentación no debe mezclarse con medicamentos.
- Siempre que se inicie y acabe la alimentación se debe hacer una limpieza de la sonda con agua, aproximadamente unos 30-50 mililitros para así evitar posibles obstrucciones en la sonda.
- Como norma general hay que suministrar de medio a un litro de agua además

del agua para hacerle el lavado o la limpieza a la sonda.

- Después de realizar el procedimiento dejar la sonda tapada, limpia y sin obstrucciones, acomodar al paciente, recoger todo el material utilizado y lavarse las manos.
- Dejar registrado todo el procedimiento y/o cambios que hayamos podido ver en el paciente, acomodarlo y vigilar su estado.

5 Discusión-Conclusión

Es una técnica invasiva dirigida a suministrar la alimentación y los fármacos necesarios al paciente para mejorar su estado de salud, aunque con ciertas limitaciones, puesto que existen algunos supuestos en los que su realización es imposible como consecuencia de otras patologías que puede presentar la persona. La alimentación por sonda nasogástrica es una técnica que permite alimentar, hidratar, administrar medicación, realizar lavados y aspiraciones gástricas, toma de muestras del contenido gástrico con fines diagnósticos, diagnóstico de hemorragias digestivas. La alimentación por sonda nasogástrica en el adulto, requiere que el TCAE conozca y disponga de los conocimientos científicos y prácticos para realizar la técnica correctamente para así evitar y prevenir posibles complicaciones en la técnica.

La colocación de la sonda nasogástrica es un procedimiento en el que el TCAE trabaja de manera multidisciplinar y colabora junto con enfermería. 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.

El papel más destacado que tiene el Auxiliar de Enfermería, es sin duda procurar una serie de cuidados básicos al paciente dirigidos a su bienestar y, que afectan concretamente a la higiene de las fosas nasales, la boca y especialmente, la piel que rodea esas zonas que son más sensibles.

6 Bibliografía

1. Manual del técnico auxiliar de enfermería. Editorial Mad.
2. <https://enferurg.com/https://repository.ucc.edu.co/bitstream/20.500.12494/>

- 15472/1/2019_seguridad_sonda_paciente.pdfsonda-nasogastrica/
3. <https://enfermeriapractica.com/procedimientos/sondaje-nasogastrico>
4. <http://auxiliaresdenfermerialiad.blogspot.com>

Capítulo 161

COMPETENCIA DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) EN LA HIGIENE Y ASEO DEL PACIENTE

MARÍA DOLORES LOZANO GÓNZALEZ

MILAGROS LOZANO GONZALEZ

ANA MARÍA MORCILLO CASTAÑO

MARIA DEL PILAR ARRIBAS MOLINERO

MARIA TERESA CUESTA MIRALLES

1 Introducción

La higiene es una necesidad básica del ser humano, para su cuidado y mantenimiento de la salud. Cuando el paciente enferma, en muchas ocasiones, trae consigo la incapacidad para el autocuidado. Y es aquí donde el TCAE tiene un papel muy importante. Donde también valoramos la situación en la cual se encuentra la piel, la movilidad del paciente, la detección precoz de anomalías y alteraciones de esta. Con el fin de proporcionarle al paciente bienestar y relajación, prevenir infecciones o complicaciones, fomentar la movilidad, activar la circulación (con la aplicación de cremas o aceites), movilizar las secreciones pulmonares, aumentar los movimientos peristálticos. Teniendo en cuenta la autoestima y la comunicación del paciente con el cuidador.

El técnico en cuidados auxiliares de enfermería, es la figura encargada de la higiene del paciente, la ayuda que le ofrecerá será a raíz de sus necesidades, ya que aunque el paciente sea autosuficiente siempre se intentará informar al paciente de la importancia que tiene la higiene e incluso si es necesario enseñar a los familiares, el procedimiento que debe realizar para la higiene diaria.

En el ámbito de trabajo de profesionales del entorno sanitario, el tema de la higiene, es de vital importancia, ya que de ellos depende también la salud integral de otras personas, los pacientes; que en ocasiones por contacto directo, en otras, por contaminación de instrumental incorrectamente higienizado o por alimentos, medicamentos o materiales sanitarios en mal estado, pueden ser susceptibles de una infección. Además, dichos pacientes pueden tener más riesgo de contraer una enfermedad infecciosa por estar inmunodeprimidos, sobre todo, por los procedimientos invasivos a los que se sometan por su patología, que pueden comprometer más el riesgo de infección; o por los fármacos que estén tomando. También hay que tener en cuenta, que ni todas las personas son igual de susceptibles a las infecciones, ni todos los materiales, instrumental y superficies necesitan las mismas condiciones de higiene. Estas condiciones van a depender en el caso de los materiales e instrumental, del uso al que estén destinados, o de la persona con la que vayan a entrar en contacto; en el caso de las superficies, del contacto directo o no.

La piel es una estructura elástica y resistente, de coloración variable según la raza humana y la exposición al sol y la climatología. Aunque a simple vista la piel parece lisa y llana, en realidad presenta pliegues, surcos, arrugas y poros. Está compuesta por tres capas: la epidermis, la dermis y la hipodermis, cada una de ellas formada por sus propias células y con distinta disposición, y es que debemos de tener en cuenta, que la piel es el órgano el cual recubre toda la superficie exterior de nuestro cuerpo, siendo este el principal sistema de protección ayudándonos también a la autorregulación corporal. Actúa como barrera protectora que aísla al organismo del medio que lo rodea, protegiéndolo y contribuyendo a mantener íntegras sus estructuras, al tiempo que actúa como sistema de comunicación con el entorno.

2 Objetivos

- Exponer el procedimiento para la realización de una higiene profunda.
- Describir e indicar el papel del TCAE en la higiene personal de un paciente.
- Desarrollar la importancia de la higiene personal, profesional e institucional para la mejora de la Salud Pública.

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

El aseo integral del paciente incluye las distintas intervenciones que el TCAE realiza a un individuo, el Protocolo de actuación es el siguiente:

- 1/ Informar al paciente de lo que se le va a hacer.
- 2/ Mantener una temperatura adecuada en la habitación, cerrando ventanas y evitando corrientes de aire.
- 3/ Preparar el material y que la temperatura del agua esté entre 38° y 39° C. Nos preparamos el material que vayamos a utilizar; para ello utilizaremos un carro donde llevaremos todo lo necesario como: toallas, cremas, pañales, bolsas, esponjas desechables, cuña o botella, entremetidas.
- 4/ En el paciente encamado se cambiará el agua las veces necesarias, ya sea cuando se enfría la temperatura o cuando esté muy jabonosa.
- 5/ Respetar el pudor del paciente, cubriéndolo con una toalla o sábana, dejando únicamente al descubierto la zona a lavar.
- 6/ El aseo del paciente encamado se realiza generalmente por dos personas para facilitar la movilización y agilizar el tiempo.
- 7/ El baño se realiza generalmente por la mañana. En servicios especiales, se practica dos veces por día.

Se inicia el lavado después de colocarse los guantes, con el siguiente orden:

1. Ojos: con suero fisiológico o agua, empleando una gasa, desde el ángulo interno al externo.
2. Cara: con agua y jabón, secándola bien con una toalla.
3. Extremidades superiores: se lavan con agua y jabón desde la parte distal a la próxima, insistiendo a nivel de axilas, las manos si es posible se meterán directamente en la palangana, para realizar un lavado más eficaz.
4. Extremidades inferiores: las piernas se lavarán suavemente desde las partes distales a las proximales, controlando los pies, se secarán bien, especialmente entre los dedos.

5. Espalda y nalgas: Se coloca al paciente en posición decúbito lateral y lavaremos su espalda, nalgas y parte superior de los muslos, posteriormente se secará bien y se realizará una fricción con colonia o alcohol alcanforado, después se colocará al paciente en posición supina.

6. Tórax y abdomen: se lavará con agua y jabón, prestando atención a los pliegues bajo las mamas, que deberán secarse muy bien para evitar la maceración de la piel con la humedad y el sudor.

7. Región perineal: siempre se utiliza agua y esponja limpias. Si lleva sonda vesical se procede a su limpieza desde la zona más próxima al meato urinario hasta la más distal, con cuidado en las manipulaciones. Se coloca la cuña y se echara agua templada sobre la zona genital enjabonándose a continuación desde la región suprapúbica a la perianal, después se aclara y se seca.

La limpieza y corte de las uñas se realizará tantas veces como sea necesario. Una vez terminada la higiene se secará evitando la fricción, siempre con toques. Una vez, bien secas la piel, aplicaremos la crema o aceite, para evitar roces, curar rojeces o evitarlas, sobre todo en las zonas de fricción entre nuestro cuerpo. Se aprovechará la aplicación de cremas o aceites para movilizar partes del cuerpo que el paciente no pueda hacerlas por sí mismo, o tratamientos terapéuticos, como un masaje para facilitar la circulación. Además, debemos aprovechar para cambiar las sabanas, ya que el paciente se levantará de la cama. Nos ayudaremos de las grúas en el caso de que haya que trasladar al paciente de la cama a la ducha, las cuales portarán el peso del paciente y lo moverán sin lesionarnos.

En el cambio de ropa de cama lo más normal es que la mayoría de los pacientes que se encuentren en esta área sean encamados, lo más común también es que el cambio de sabanas y en ocasiones tendremos que levantar el paciente en bloque o jugar con la sábana desde la cabecera hasta los pies. El TCAE debe tener preparado ya el cambio de ropa de cama: sabana bajera , sabana encimera, colcha, entremetida, manta y la almohada.

Generalmente las recomendaciones generales son las siguientes:

- Durante el baño el auxiliar debe observar el estado de la piel del paciente observando si tiene alguna patología o nueva alteración.
- En el baño no deben mojarse los apósitos de oclusión de vías, ni traqueales ni quirúrgicos.
- El agua debe estar templada para relajar los músculos y que se pueda activar la circulación.
- Después de realizar el baño se debe aprovechar para hacer el cambio de cama, el cambio postural del paciente, o levantar al paciente del sillón.
- Cuidar que durante la movilización del paciente no se produzcan desconexiones

de drenajes del respirador.

- No se debe destapar de forma gratuita al paciente ya que se enfría con facilidad, aparte de ser incómodo para él.
- Debemos seguir entre paciente y paciente las correctas normas de asepsia.

5 Discusión-Conclusión

Es importante llevar especial cuidado en la higiene del paciente, sobre todo cuando esta encamado, debiendo de observar muy bien su estado físico y sobre todo cuando realiza la higiene general del mismo, ya que es ahí, cuando se puede ver el mal estado la piel del paciente, lo cual indica que puede sufrir úlceras o puede estar deshidratado y se puede prevenir para así poder curar. Es por ello que los TCAE son personal activo para la educación sanitaria, se debe fomentar la higiene explicando los daños que pueden causar en caso de no ser realizada correctamente, así como también se debe de enseñar a los familiares las técnicas que necesita el paciente enfermo que se va a domicilio para poder llevarse a cabo de manera eficaz. También se debe de prestar atención a las dificultades que puede presentar la piel para que puedan tomar medidas necesarias antes de sufrir complicaciones y dañar o aumentar el daño del paciente enfermo.

Cabe destacar que, durante el aseo del paciente se valoran varios aspectos: la integridad de la piel, una valoración física general y además es el mejor momento para escuchar al paciente, sus sentimientos, sus miedos, etc. Por todo ello es fundamental tener un trato humanizado del paciente durante la realización del procedimiento.

La realización del aseo general a un paciente, es muy importante ya que en el momento en que aseamos a un paciente, aprendemos cosas de él, es decir, no solo valoraremos el estado e integridad de su piel, sino que al ser un momento de gran intimidad podemos ver como se encuentra, cómo ve su proceso de enfermedad además de escuchar sus necesidades y así creamos un vínculo con el paciente aportándole confianza. En los hospitales esta es una función compartida entre el enfermero, el técnico en cuidados auxiliares de enfermería y el celador. Para realizarlo correctamente el aseo en la cama se necesitan al menos dos personas.

6 Bibliografía

1. Formación Logoss.
2. <https://revistamedica.com/protocolo-aseo-paciente-encamado/>.
3. Técnicos en Cuidados de Enfermería. Editorial Mad.

Capítulo 162

OXIGENOTERAPIA. CUIDADOS DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE)

MARIA ADELINA ORTEGA LOPEZ

MARÍA ELENA NIELFA ROSILLO

M ISABEL FERNANDEZ MARTINEZ

LUCIA FERNANDEZ MARTINEZ

M DEL ROSARIO GOMEZ GOMEZ

1 Introducción

La oxigenoterapia es un tratamiento de prescripción médica en el que se administra oxígeno en concentraciones elevadas con la finalidad de prevenir o tratar la deficiencia de oxígeno (hipoxia) en la sangre, las células y los tejidos del organismo. Esta terapia se prescribe en situaciones en las que los pacientes presentan una disminución de la cantidad de oxígeno en la sangre como consecuencia de problemas como la anemia o la insuficiencia respiratoria aguda o crónica. El uso terapéutico de la oxigenoterapia es una pieza clave de la terapia respiratoria. En estas circunstancias el oxígeno se administra bajo prescripción médica.

La oxigenoterapia consiste en la administración de oxígeno gaseoso (mezcla de aire enriquecido con oxígeno) a un paciente con la finalidad de restablecer la tasa normal de oxígeno en sangre. Este se administra en situaciones de hipoxia que se

produce cuando el oxígeno en sangre es inferior a 55-60 mmHg y la saturación de hemoglobina es inferior al 90%. Por lo tanto la oxigenoterapia se define como la administración de aire enriquecido en oxígeno por vía inhalatoria, es decir, el aporte artificial de oxígeno en el aire inspirado.

En la actualidad, el conocimiento de estos últimos en profesionales sanitarios, y en la sociedad en general, ha aumentado debido a su utilización en pacientes infectados “enfermedad de coronavirus” (COVID-19).

Es importante tener en cuenta que el uso adecuado de la administración terapéutica de oxígeno se basa en el conocimiento de dos premisas fundamentales: los mecanismos fisiopatológicos de la hipoxemia y el impacto de la administración de oxígeno.

Los objetivos de la oxigenoterapia son tratar o prevenir la hipoxemia, tratar la hipertensión pulmonar y reducir el trabajo respiratorio o miocárdico; así como revertir los mecanismos de compensación establecidos (taquicardia, hiperventilación, vasoconstricción hipóxica, etc) y las alteraciones neurológicas, cardíacas y renales que se hayan podido establecer.

2 Objetivos

Conocer los cuidados del TCAE en relación con la oxigenoterapia.

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 funciones que cumple el personal de Enfermería durante el proceso de oxigenoterapia son:

Preparar el sistema y el circuito según el aplicador indicado.

Confirmar la adecuada ventilación del paciente.

Explicarle al paciente el procedimiento si está consciente, responder dudas, solicitar que colabore, si tiene alterada la consciencia explicar al acompañante medidas

de seguridad y el procedimiento.

Controlar y monitorizar inicialmente las constantes vitales, frecuencia cardíaca y presión arterial.

Abrir el oxígeno al flujo prescrito y asegurarse de que funciona correctamente el sistema.

Aplicar el dispositivo pautado ya sea mascarilla, cánula nasal, etc.

Confirmar la seguridad en los dispositivos vigilando que no haya fugas, acomodamientos, ensamblaje correcto y controlar el entorno evitando que las fuentes de calor y las fuentes eléctricas provoquen chispas, etc.

Una vez iniciado el tratamiento explicar al paciente los efectos que puede notar sequedad de mucosas, opresión del dispositivo, sensación de claustrofobia, etc. Y los síntomas sobre los que debe informar al personal sanitario como son mareos, somnolencia o inquietud.

Asegurar la adecuada oxigenación.

Controlar y vigilar síntomas y signos relacionados con la alteración en la oxigenación como pueden ser disnea, taquipnea, cefalea, cianosis, agitación, confusión, etc.

Asegurar la comodidad del paciente en la posición para recibir el tratamiento, así como el sistema de administración.

Elevar la cabecera de la cama del paciente para colocarlo en la posición de Fowler (si no está contraindicado).

Comprobar la permeabilidad de las vías aéreas, así como la coloración de piel y mucosas.

Observar la frecuencia respiratoria del paciente.

Ajustar la concentración de oxígeno prescrito en el caudalímetro.

Mantener un nivel de agua adecuado en el frasco humidificador.

Comprobar el correcto funcionamiento de todo el sistema.

Vigilar laceraciones en mucosas y piel como pueden ser lesiones orales, úlceras por presión (UPP), lesiones oculares y que el paciente sea capaz de mantener una correcta comunicación.

Revisar sistemáticamente el reservorio de agua del dispositivo.

Asegurar una correcta nutrición y especialmente una adecuada hidratación.

Mantener la higiene del paciente.

Los equipos de oxigenoterapia son una fuente potencial de infección; colabora en el cambio y reposición de cada uno de ellos cuando sea necesario.

Registrar todos los cuidados y procedimientos sobre todo los cambios de flujo, alteraciones gasométricas o los signos o síntomas que tiene el paciente.

5 Discusión-Conclusión

Está demostrado que los enfermos que reciben oxigenoterapia domiciliaria de forma correcta en tiempo y dosis: Viven más años y con mejor calidad de vida. Mejoran el sueño, estado de ánimo, el nivel de alerta y la memoria. Reducen el esfuerzo respiratorio. El oxígeno es considerado como un medicamento con lo cual debe tenerse cuidado con las altas concentraciones durante un periodo prolongado ya que puede provocar efectos adversos en el paciente.

Queda reflejada la importancia que tiene, desde el punto de vista de la enfermería, conocer los distintos dispositivos disponibles para la administración de la oxigenoterapia debido a la diversidad de estos así como a la importancia de la oxigenoterapia como herramienta terapéutica fundamental en el tratamiento de pacientes con insuficiencia respiratoria.

6 Bibliografía

Jarillo, A. Oxigenoterapia. [Consultado el 21/02/2022]

WWW.CUIDATEPLUS.MARCA.COM

Revista Ocronos

Revista Sanitaria de Investigación

Medline plus

Temarios MAD Y CEP

Capítulo 163

PREVENCION DE RIESGOS LABORALES EN EL AMBITO HOSPITALARIO

MARIA ADELINA ORTEGA LOPEZ

MARÍA ELENA NIELFA ROSILLO

M ISABEL FERNANDEZ MARTINEZ

LUCIA FERNANDEZ MARTINEZ

M DEL ROSARIO GOMEZ GOMEZ

1 Introducción

El riesgo laboral puede convertirse en daño derivado del trabajo, cuyas consecuencias o repercusiones son múltiples. En primer lugar, desde el punto de vista humano, se producen lesiones, dolor, frustración y deterioro anímico tanto del trabajador como de quienes le rodean en su vida; en segundo lugar desde la perspectiva social, hallamos fenómenos de marginación, conflictos sociales; por último han de valorarse las consecuencias económicas que se ocasionan: los costes, no solo humanos sino también materiales, del accidente o la enfermedad y sus secuelas: costes para la Seguridad Social, para la economía de la familia, para el empresario. En nuestro sector se dan gran parte de los peligros que pueden aparecer en un entorno laboral, por no decir todos, ya que contamos con laboratorios, lavanderías, talleres, depósitos de gases, consultas, hospitalización, quirófanos,

centrales de esterilización, radiología, urgencias, cocinas, archivos, bibliotecas, centrales de transformación eléctrica, calderas, almacenes, departamentos administrativos.

Además, al ser un sector en constante crecimiento, los accidentes laborales son un problema que ha ido también en aumento. Esto se refleja en los datos sobre accidentes laborales recogidos por el Ministerio de Empleo, que indican que más de cuatro mil setecientos profesionales sanitarios tuvieron que pedir la baja tras sufrir un accidente de trabajo durante los primeros meses de 2016 (enero y febrero).

2 Objetivos

Conocer diferentes aspectos sobre la prevención de riesgos laborales en el ámbito hospitalario.

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

Siempre se han de tener en cuenta estas medidas cuando estamos en los centros de trabajo:

Mantener el instrumental clínico o quirúrgico en un buen estado de limpieza, esterilización y conservación siguiendo los protocolos establecidos.

Utilizar siempre el instrumental adecuado en las operaciones a realizar. Su uso debe ir precedido de un entreno en su manejo y una revisión del correcto estado del mismo.

Mantener un buen nivel de orden y limpieza, dejando los pasillos y áreas de trabajo libres de obstáculos.

Utilizar calzado sujeto al pie, con suela antideslizante y homologada con marcaje CE.

Transportar en fundas o estuches adecuados los instrumentos quirúrgicos punzantes o cortantes, con tal de evitar el contacto accidental.

Recoger el instrumental clínico desechable en bateas (su se esterilizan) o en contenedores rígidos (si no son reciclables) siguiendo los protocolos establecidos.

Está prohibido re encapsular, doblar, romper o quitar manualmente las agujas de las jeringuillas tras su uso.

Respetar los sentidos de circulación establecidos para personas incapacitadas (sillas de ruedas y camillas) y traslado de equipos (carros, carretillas, etc.)

Prestar especial atención en las proximidades de cruces, pasillos, o rampas, puertas vaivén y ascensores.

Depositar, después de su uso, las agujas y demás material punzante desechable en contenedores plásticos expresamente diseñados para ello, etiquetados con la señal de riesgo biológico, y resistentes a la perforación para su posterior incineración.

Antes de utilizar envases o utensilios de vidrio, verificar su buen estado y descarta aquellos con defectos y bordes rotos o astillados, así como también fisuras o excesiva fragilidad.

Depositar los vidrios rotos y todo el material cortante en contenedores específicos utilizando para ello pinzas, tenazas, y/o guantes resistentes al corte.

Nunca presionar la bolsa de basura con las manos o con los pies.

5 Discusión-Conclusión

Esta misión de velar por la salud debería ser una acción prioritaria de los gestores sanitarios, ya sean públicos o privados, aunque la experiencia nos dice que en la mayoría de los casos la salud laboral se ve como un gasto o una pérdida de tiempo más que como una obligación legal y sobre todo moral. Más aún cuando es uno de los sectores laborales donde más riesgos y de diferente naturaleza se concentran en un lugar de trabajo. En la mayoría de los casos encontramos riesgos biológicos, químicos, físicos, ergonómicos, psicosociales...riesgos que se relacionan en gran medida, con unos de los aspectos peor tratados y más difícil de atajar y prevenir en el ámbito laboral de nuestro país y comunidad, como son las enfermedades profesionales, donde las consecuencias no suelen aparecer de manera inmediata, sino a veces años después de haber desempeñado una determinada actividad.

6 Bibliografía

Guía básica de riesgos laborales en el Sector Sanitario de CCOO

Revista medica.com (Riesgos laborales) www.gestionsanitaria.com
www.unileon.es
www.insst.es

Capítulo 164

TECNICO EN CUIDADOS DE ENFERMERIA EN EL QUIROFANO

MARIA ADELINA ORTEGA LOPEZ

MARÍA ELENA NIELFA ROSILLO

M ISABEL FERNANDEZ MARTINEZ

LUCIA FERNANDEZ MARTINEZ

M DEL ROSARIO GOMEZ GOMEZ

1 Introducción

Cuando una persona entra en un quirófano para una intervención, son muchos los profesionales que intervienen en el proceso. Uno de ellos, en concreto, es el especialista en enfermería de cuidados médico-quirúrgicos. Lo cierto es que una buena intervención quirúrgica debe contar con un enfermero encargado de todo lo relacionado con la higiene y de que el paciente está calmado y confiado. El técnico en cuidados auxiliares de enfermería (TCAE) en el momento de la intervención realiza actividades dependientes, proporciona el material necesario que se solicite durante la cirugía, colabora con la enfermera cuando lo solicita en las técnicas que se realicen al paciente, etc.

Para el desarrollo de una intervención quirúrgica se requiere: una preparación correcta del quirófano, adiestramiento de todo el personal, adecuados métodos de desinfección y esterilización y determinadas precauciones de seguridad que deben tomarse, para que la sala de operaciones se convierta en un medio seguro

para el enfermo. En todo este proceso, el técnico en cuidados auxiliares de enfermería (TCAE) juega un papel muy importante.

La situación del paciente que va a ser intervenido propicia la humanización de los cuidados, materializándose en una atención integral al enfermo con el fin de valorar sus necesidades y planificar-ejecutar los cuidados que precisará hasta que abandone el hospital. Así, los enfermeros y los TCAE se convierten en los profesionales de referencia para el paciente, intentando que sea lo más independiente posible hasta que su situación se normalice.

2 Objetivos

Conocer las funciones del TCAE en el quirófano.

3 Metodología

Para la elaboración de este trabajo, se ha llevado a cabo una revisión bibliográfica sobre protocolos en quirófano. Temarios de Técnicas básicas de enfermería. Manuales de oposiciones de diferentes editoriales como son los de MAD y CEP. Diferentes artículos científicos.

4 Resultados

Las funciones de los TCAE aparecen recogidas en los artículos 74 a 85 de la Orden ministerial del 26 de abril de 1973, que aprueba el Estatuto del personal auxiliar sanitario titulado y auxiliar de clínica de la Seguridad Social. Asimismo, en el Real Decreto 137/1984 se señalan otra serie de funciones del TCAE en el equipo de atención primaria. Estas normativas tienen validez en la sanidad pública a nivel nacional.

El TCAE, como miembro del equipo quirúrgico, trabaja en coordinación con las enfermeras, dando apoyo a su actividad, y realiza actividades de limpieza, colocación y reposición de material en quirófano. El proceso quirúrgico consiste en una serie de acciones manuales e instrumentales encaminadas a paliar, curar o explorar, por medio de cirugía, cuando no es viable otra acción médica. Para describir las funciones del TCAE es necesario desarrollar las diferentes etapas del proceso quirúrgico, así como las funciones que realizan los profesionales de enfermería.

PERIODO PREOPERATORIO: Comprende el periodo previo a la intervención. El paciente debe prepararse física y psicológicamente para la intervención quirúrgica que va a llevarse a cabo.

PERIODO INTRAOPERATORIO: Este periodo comprende el tiempo que dura la intervención quirúrgica, desde que el paciente entra en el antequirófano hasta que es trasladado a la unidad de destino postquirúrgica.

PERIODO POSTOPERATORIO: Es el periodo posterior a la intervención. En esta fase se produce la recuperación postanestésica del paciente, se mantienen sus funciones vitales y se previenen complicaciones postoperatorias.

Todas las actividades de enfermería relacionadas con el quirófano se llevan a cabo conjuntamente entre la enfermera circulante (EC), la enfermera instrumentista (EI) y el TCAE.

Funciones administrativas: la enfermera comprueba que la historia clínica está completa y que se encuentran todos los datos necesarios para la intervención. Además, se verifica que están firmados los consentimientos informados. Actualmente todas estas actuaciones se recogen en el listado de verificación quirúrgica.

Recepción del paciente:

- Valorar el estado general del paciente antes de la intervención.
- Datos de filiación del paciente: nombre, historia clínica, patología, intervención, confirmar el órgano o miembro a operar (en el caso de bilateralidad u órgano múltiple). Todo ello se incluye en el listado de verificación quirúrgica.
- Confirmar ausencia de prótesis dentales, joyas, esmalte de uñas, ropa interior, pertenencias, etc.
- Comprobar la correcta preparación del paciente: higiene general y vello, ayunas, estado general de la piel, enemas si precisa la cirugía, etc.

5 Discusión-Conclusión

La formación continuada es un aspecto clave para la mejora profesional y para profundizar en ámbitos que requieren de una mayor implicación y formación. Y una de las opciones más cómodas y beneficiosas para esta educación es la formación online. Además para estar siempre actualizado, una buena idea es apostar por la formación continuada realizando másteres y cursos de enfermería que ahonden en las distintas ramas de la enfermería

Datos de filiación del paciente: nombre, historia clínica, patología, intervención, confirmar el órgano o miembro a operar (en el caso de bilateralidad u órgano múltiple). Todo ello se incluye en el listado de verificación quirúrgica.

6 Bibliografía

Técnicas Básicas de Enfermería. McGraw Hill

Medline plus www.docplayer.es

www.chospab.es

Capítulo 165

ESTUDIO INICIAL IODOPOVIDONA

YASMINA BOUTANAACH ABDELKADER

LOURDES REY GUEVARA

GEMMA REY GUEVARA

MARTA GUEVARA SANCHEZ

1 Introducción

La povidona, polividona yodada, iodopolivinilpirrolidona o iodopovidona (también, yodopovidona) son los productos formados por una solución de povidona y yodo molecular, generalmente en un 10%. Se emplean frecuentemente como desinfectantes y antisépticos, principalmente para tratar cortes menores en la piel.

La povidona (polivinilpirrolidona, abreviado PVP) es un polímero soluble en agua y fisiológicamente aceptable tanto para los seres humanos como para otros animales; es capaz de combinarse con el yodo y de esta manera volverlo soluble. Con esta acción se obtiene un producto final en el cual se encuentran aún presentes como yodo utilizable las dos terceras partes de la cantidad del complejo de la cantidad original, útil para propósitos microbicidas. El resto del yodo se encuentra presente esencialmente como ion inorgánico de yodo y una pequeña cantidad se combina orgánicamente. Estas dos últimas formas no producen yodo utilizable. Es eficaz contra todos los microorganismos (bacterias Gram positivas y negativas, hongos, levaduras, micobacterias, virus, protozoos y esporas).

Debido a su composición y proporción de excipientes se fijan más fácilmente a la piel produciendo una desinfección más rápida y duradera que otras povidonas,

lo que hacen que su uso esté extendido por todo el mundo.

Las manchas causadas por iodopovidona en telas, cuando no se pueden eliminar con el lavado, se quitan con tiosulfato sódico.

2 Objetivos

El objetivo de este capítulo es conocer las funciones principales que cumple la iodopovidona cuando es utilizada como antiséptico. El lector realmente sólo conoce su función principal pero nuestra intención es que conozca mucho más acerca de ello y así estar cada vez más prevenido y poder realizar un uso más acertado de este antiséptico.

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

Aparte de descubrir los principales resultados que se obtiene usando la iodopovidona como antiséptico, hemos podido descubrir que es una solución que se emplea para eliminar bacterias, hongos, virus u otros microorganismos que puedan entrar en la piel o en una herida; también para desinfectar material quirúrgico y superficies en general.

A la iodopovidona también se le conoce como «yodopovidona», «povidona» o «povidona yodada». Se presenta habitualmente como una solución antiséptica líquida que se aplica sobre la piel. Sin embargo, también viene en forma de buches o gargarismos, como espuma o en óvulos.

Algunos de los nombres comerciales que tiene la yodopovidona son: Acydona, Betadine, Betatul, Curadona, Heridine, Iodina, Isodine, Normovidona, Povidine, Sanoyodo, Sanosil, Topionic y Topionic Scrub. El fármaco tiene un espectro antibacteriano amplio y es de bajo costo.

También hemos podido determinar que La yodopovidona tiene propiedades bactericidas. Lo que hace es destruir las proteínas y las estructuras enzimáticas de

los microorganismos mediante un mecanismo de oxidación.

Su efecto se produce a los 15 segundos y esto hace de la yodopovidona un compuesto ideal para las heridas comunes y las cirugías. Lo mejor es que no provoca irritación o quemaduras en la piel y esto repercute en una buena evolución en el caso de una herida.

Este antiséptico no es yodo, pero sí contiene un alto índice de este. Por esa razón, actúa contra una amplia gama de gérmenes, ya que la mayoría de los microorganismos no desarrollan resistencia al yodo. Se puede emplear también en animales domésticos sin problema.

Otro resultado obtenido es que La yodopovidona tiene propiedades bactericidas. Lo que hace es destruir las proteínas y las estructuras enzimáticas de los microorganismos mediante un mecanismo de oxidación.

Su efecto se produce a los 15 segundos y esto hace de la yodopovidona un compuesto ideal para las heridas comunes y las cirugías. Lo mejor es que no provoca irritación o quemaduras en la piel y esto repercute en una buena evolución en el caso de una herida.

5 Discusión-Conclusión

Hasta ahora conocíamos las funciones principales y a nivel bastante genérico de la yodopovidona pero queríamos hacer un estudio más a fondo para conocer más no sólo ya sobre sus funciones antisépticas sino para ver cuales son sus principales componentes químicos, como actúan estos para solucionar y curar las heridas y ver cual es el uso adecuado y específico que necesitamos para que una herida se cure o se cierre del todo.

Creemos que es necesario que, aunque se trate de un medicamento muy genérico, la gente conozca más acerca de él simplemente para estar mejor y más prevenidos y poder realizar mejor las curas.

6 Bibliografía

www.mejorconssalud.com

Capítulo 166

EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) EN LA UNIDAD DE CUIDADOS PALIATIVOS

MARIA JOSE BAUSELA BLANCO

OLAYA OVIAÑO GONZÁLEZ

ALEXANDRA CRISTINA CAIZA CHICAIZA

MONICA PARRES GONZALEZ

VIRGINIA NATIVIDAD CHAMBI LOPEZ

1 Introducción

En los cuidados paliativos se necesita una atención integrada de un equipo asistencial multidisciplinar sobre todo, el trabajo del personal sanitario y los técnicos auxiliares de cuidados de enfermería, los psicólogos y los trabajadores sociales, además de profesionales de otros ámbitos: servicios sociales, educativos, asociaciones de pacientes y familiares, etc.

Los cuidados paliativos se consideran un componente esencial de la atención sanitaria en base a los conceptos de dignidad, autonomía y derechos de los pacientes así como una percepción generalmente reconocida de solidaridad y cohesión social. Hoy en día la atención a los pacientes en el final de la vida es un derecho reconocido por organismos internacionales como la Organización de las Naciones

Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura (UNESCO) y se menciona en informes técnicos elaborados por la Organización Mundial de la Salud (OMS) y su oficina europea y en resoluciones del Consejo de Europa.

En la actualidad el aumento de la esperanza de vida y el crecimiento del número de personas con enfermedades oncológicas y crónico-degenerativas supone un gran reto para la sociedad en su conjunto, tanto por su repercusión en todos los niveles de atención como por la necesidad de reorientar y organizar los recursos y las estructuras sanitarias. El hecho de morir es, sin duda, uno de los acontecimientos más difíciles de afrontar, en el que aparecen situaciones de una gran intensidad física, emocional y espiritual, tanto en el paciente como en su familia. La respuesta que el Sistema Sanitario ofrece ante estas múltiples y complejas necesidades son los cuidados paliativos, que procuran el alivio del sufrimiento para conseguir una buena calidad de vida y morir con dignidad. La OMS definió en el año 2002 los cuidados paliativos como «Un enfoque de la atención que mejora la calidad de vida de pacientes y familiares, que se enfrentan a los problemas asociados con enfermedades terminales, a través de la prevención y alivio del sufrimiento por medio de la identificación precoz, la correcta valoración y el tratamiento del dolor y otros problemas físicos, psicosociales y espirituales».

El Ministerio de Sanidad y Consumo puso en marcha, en el año 2007, la Estrategia en Cuidados Paliativos del Sistema Nacional de Salud, con el objetivo de establecer compromisos viables y medibles en las Comunidades Autónomas, para contribuir a la homogeneidad y mejora de los cuidados paliativos.

2 Objetivos

Conocer las funciones del TCAE en la unidad de cuidados paliativos.

3 Metodología

Se realiza una revisión bibliográfica en bases de datos como Scielo, Medline, Cochrane y Pubmed y en revistas científicas sobre artículos relacionados con los cuidados paliativos. Se han utilizado palabras claves como: cura, cuidados personalizados, calidad de vida, prevenir, alivio, dolor, etc..

4 Resultados

Es imprescindible:

- Detectar precozmente en cualquier nivel asistencial la unidad paciente/familia-cuidador susceptible de atención con cuidados paliativos.

- Realizar una valoración integrada multidisciplinar de la unidad paciente/familia-cuidador, que incluya sus necesidades, valores, deseos y preferencias, siempre con el fin de mejorar su bienestar y registrando todo ello en la historia clínica en ella valoramos los siguientes aspectos biomédicos funcionales y sociales:

1. Se aplicara de forma sistemática en cada episodio de atención una escala cualitativa de valoración del dolor al paciente.

2. Valoración física completa al paciente

3. Valoración de la situación emocional, psicológica y espiritual de la unidad paciente/familia-cuidador.

4. Valoración social de la unidad paciente/familia-cuidador.

5. Detección de posibles necesidades diferenciales en función del género. 6.

6. El nivel de complejidad de la situación se evaluará según instrumento IDC-Pal (Indicador de Complejidad de Cuidados Paliativos).

Elaborar un plan terapéutico y de cuidados, personalizado y actualizado de la unidad paciente/familia-cuidador, valorando sus preferencias y deseos, para el control de síntomas y los factores de riesgo de descompensación

1. Se efectuará el control de los síntomas y las descompensaciones.

2. Es preciso ofrecer apoyo emocional durante todo el proceso de atención.

3. Reevaluación del nivel de complejidad ante cambios del paciente, de la familia y el entorno o de la organización sanitaria, según instrumento IDC-Pal.

4. Tratamiento precoz de las posibles complicaciones asociadas a su enfermedad basal.

Garantizar el respeto a la intimidad, la confidencialidad de la información y el respeto a la negativa al tratamiento o la información por parte de la unidad paciente/familia-cuidador

1. Las entrevistas tanto con el paciente como con la familia y el cuidador principal serán individualizadas para que puedan expresar sus emociones y preferencias ante cualquier cambio respecto a la situación basal.

2. Pautas de comportamiento cuidadoso con respecto al trato de los pacientes y sus familias. 3.

3. Solicitud de autorización para la presencia de profesionales en formación.

4. La información será veraz, continua y comprensible para promover el empoderamiento y la participación activa del paciente y su familia.

5. Respeto a la vida privada y las condiciones acordadas con la unidad paciente/familia-cuidador.

Detectar y atender las necesidades específicas de los familiares a lo largo del proceso de cuidados paliativos

1. Valoración de la familia para atender de forma adecuada al paciente.
2. Identificación del cuidador principal en el proceso de atención.
3. Valoración y realización de un plan de intervención del cuidador principal.

Facilitar la atención psicológica a los pacientes y sus familiares en cualquiera de los ámbitos de atención sanitaria según sus necesidades

1. El apoyo emocional básico al paciente y su familia se ofrecerá durante todo el proceso de atención.
2. Ante situaciones de alta complejidad la intervención psicológica será especializada.

5 Discusión-Conclusión

La calidad de la relación del paciente con todos los profesionales que le atienden es vital para el afrontamiento de la enfermedad, tratamiento y evolución y somos conscientes de que a veces no se dan las condiciones ideales para lograr una buena comunicación por falta de tiempo, espacio, estrés y demás condicionantes que nos llevan a dedicarnos casi exclusivamente a actividades que se cuantifican. Como dijo Platón, “junto a los ungüentos para curar las heridas, no olvides dar el ensalmo, pues tu buen decir, tu bello discurso, también ayudarán a cicatrizar las heridas”. Nosotros como técnico auxiliares de enfermería prestamos un cuidado holístico y actuamos como defensores del paciente, colocando los intereses de este en primer lugar y trabajando en colaboración con ellos mismos, es por eso que debemos desarrollar nuestras habilidades de comunicación y reivindicar unas condiciones idóneas que nos permitan llevarlas a cabo.

Los cuidados paliativos no terminan con el fallecimiento del paciente; continúan también durante el proceso de duelo de la familia

6 Bibliografía

1. -GOMEZ SANCHO,M.; OJEDA MARTÍN,M. “Cuidados paliativos: Control de síntomas”
2. -BENITEZ DEL ROSARIO, MA.; LLAMAZARES GONZALEZ, AI;GARCÍA GONZALEZ,G. “Cuidados Paliativos”. Recomendaciones Semfyc. Edide. Barcelona,1998 SAUNDERS,C. “Cuidados de la enfermedad maligna terminal”. Salvat. Barcelona, 1998. · National

3. -BONDJALE, T.; ALBURQUERQUE, E., FERRER,M. “Medidas no farmacológicas del tratamiento del dolor” en Cuidados paliativos en Oncología. JIMS, Barcelona,1996.
4. -“Morir con Dignidad: Dilemas éticos en el final de la vida”. Fundación de Ciencias de la Salud. Serie: Etica y Humanidades. Ed. Doce Calles, Madrid, 1996.
5. -Salud para todos en el siglo XXI. OMS. Ed. Ministerio de Sanidad y Consumo. Madrid, 1999.
6. -OMS. “Alivio del dolor y tratamiento paliativo del cáncer”. Serie de informes técnicos 804. Ginebra. 1990.

Capítulo 167

REVISIÓN HISTÓRICA Y SINTOMATOLOGÍA DE LA ENFERMEDAD DEL TÉTANOS POR EL TÉCNICO AUXILIAR DE ENFERMERÍA

ADELA MARÍA ORTEGA FERNANDEZ

DOMINGA MARIA AGUILAR CAÑADAS

MIRIAN RODRIGUEZ CHINCHILLA

CRISTINA CASTRO GAVILAN

INMACULADA BLANCO CORRALES

1 Introducción

El tétanos es una enfermedad infecciosa que está causada por la bacteria *Clostridium tetani*. Es debido a un bacilo anaeróbico Gram positivo productor de esporas que se encuentra comúnmente en objetos contaminados (metales oxidados, por ejemplo).

Es una enfermedad que en la actualidad no existen muchos casos ya que debido a que es una enfermedad que hay que notificar, en las últimas estadísticas han aparecido muy pocos casos, ya que las personas fueron inmunizadas por la vacuna para evitar esta.

Existen dos tipos de vacunas para esta enfermedad que son las que ayudan a proteger a los niños contra el tétanos: la DTap y la Tdap. Ambas también protegen

contra la difteria y la tosferina (pertussis). Estas vacunas no ofrecen protección de por vida. Con lo cual ante un accidente con un corte, pinchazo o cualquier metal que haya generado una herida deberá volver a reponer la vacuna para llegar a una inmunización durante el proceso de curación de esta. Se registrará la vacuna en la historia del paciente y se le entregará una cartilla de vacunación con la dosis, número de identificación y lote por si surge alguna reacción alérgica o algún síntoma extrapiramidal saber a qué lote habrá que retirar evitando que otras personas sufran también este proceso.

2 Objetivos

- Conocer la revisión de la historia de la enfermedad del tétanos.
- Describir que tipo de sintomatología puede llegar a debutar ante la presencia de la enfermedad del tétanos.

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

- En nuestra revisión bibliográfica hemos querido incluir textos de artículos que nos han ayudado a entender como se ha llegado a conocer la enfermedad del tétanos, y cuáles pueden ser los síntomas o signos que pueden llegar a debutar durante la enfermedad.
- Existen datos antiguos desde el siglo V a. C. en los que se describe a esta enfermedad. Hipócrates fue el primero que describió los síntomas del tétanos en un marinero, y los describió como hipercontracción de músculos esqueléticos. Pero no la identificaban como la enfermedad de tétanos.
- Mas adelante en el año 1889 el médico y bacteriólogo japonés Kitasato Shibasaburo logró el primer cultivo de *Clostridium tetani*. Posteriormente la toxina del tétanos fue descubierta por Knud Faber en 1899, condición previa para

el éxito del desarrollo de la vacuna. Desde entonces, el bacilo *C. tetani* se ha aislado en la tierra (especialmente en la tierra de cultivo), en heces e intestinos de caballos, ovejas, ganado bovino, ratas, perros, conejillos de indias y pollos. Sus esporas se pueden encontrar en la tierra y en la superficie de la piel (tanto la de animales como humanos) y debajo de las uñas.

- En numerosos artículos hemos podido encontrar que la inmunización pasiva contra el tétanos se llevó a cabo masivamente por primera vez durante la Primera Guerra Mundial.
- Se ha podido conocer que el periodo de incubación del tétanos va de 24 horas a 54 días. El periodo promedio es de unos 8 días. Por lo general, cuanto más alejado esté la herida del sistema nervioso central, más largo es el periodo de incubación.
- La sintomatología son espasmos e inmovilización muscular a nivel central del sistema nervioso con lo cual el paciente padece la posición de tetania característica de esta enfermedad. Precizando ingreso en cuidados intensivos.

5 Discusión-Conclusión

La enfermedad que se ha elegido para nuestro trabajo es algo que como se ha podido conocer ya desde la antigüedad es conocida pero no han identificado hasta años mas tarde que ya surgen mas pruebas y conocimientos sobre ella.

La sintomatología como se ha podido observar en nuestros resultados es muy específica y con una posición peculiar que hace que el paciente quede inmóvil y es muy dificultosa la movilización.

Se ha elegido este tema ya que como se ha comentado en caso de accidente, corte etc. es muy importante conocer si el paciente o uno mismo se encuentra vacunado pues es muy importante la inmunidad y con ello se evitará más riesgo de enfermedad del tétanos.

6 Bibliografía

- Organización Mundial de la Salud (19 de mayo de 2006). «Tetanus vaccine; WHO position paper»
- Cabrerizo García, J. L. et al. Tratamiento del tétanos con baclofeno intratecal (en español). *An. Med. Interna (Madrid)* [online]. 2008, 25(7), 372-373. ISSN 0212-7199.
- Hernández-Chavarría, Francisco; Chaves, Fernando, y Freer, Enrique. *Clostridium tetani: tétanos y su frecuencia en Costa Rica*. *Rev. Costarric. Cienc. Méd.* [en línea], dic. 2000, 21:3-4, 191-202.

Capítulo 168

CUIDADOS BASICOS POR EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) ANTE NAUSEAS, VOMITOS Y EMESIS

ADELA MARÍA ORTEGA FERNANDEZ

DOMINGA MARIA AGUILAR CAÑADAS

MIRIAN RODRIGUEZ CHINCHILLA

CRISTINA CASTRO GAVILAN

INMACULADA BLANCO CORRALES

1 Introducción

Para poder entender nuestro trabajo podemos contribuir a decir que las náuseas, vómitos son síntomas digestivos aunque en ocasiones surgen debido a situaciones de estrés, ansiedad, en otras ocasiones son debidas a signos de origen central neurológico, como actuación a un síndrome vagal.

Las nauseas se pueden definir como una sensación de malestar en el estómago que se experimenta cuando se tienen ganas de vomitar y que suele culminar en vómitos. También se puede identificar las náuseas como repugnancia o asco muy intenso que se siente por una cosa, olor etc.

Sin embargo el vomito es algo diferente si siente esas nauseas pero existe ya la expulsión violenta por la boca de lo que está contenido en el estómago. Puede ser de forma vomito alimenticio pero en ocasiones aparece la emesis que es vomito sanguinolento procedente de alguna ulcera estomacal, etc.

La aparición de estos síntomas puede ser de forma brusca o también a lo largo de los días en los que va notando que algo no funciona correctamente y es ahí cuando acuden al centro de salud o hospital de referencia urgencias para ver que le está sucediendo. En el caso de emesis es importante acudir urgencias debido al riesgo de padecer shock hipovolémico.

2 Objetivos

- Determinar los cuidados básicos por el TCAE ante pacientes que acuden a un centro hospitalario debido a que padecen náuseas, vómitos o emesis.

3 Metodología

Se ha llevado a cabo una revisión bibliográfica con internet y bases de datos, añadiendo textos de artículos que nos indican que tipo de cuidados son los que van a necesitar este tipo de pacientes.

Las bases de datos consultadas fueron PUMBED, SCIELO etc.

Palabras clave. Digestivo, náuseas, vómitos, cuidados

4 Resultados

- El primer cuidado aunque el TCAE no lo entienda como cuidado o actuación es el de explicar al paciente que se le va a realizar donde se le va a enviar de forma que el ya con todas las explicaciones de forma adecuada pueda observar que ya comienza el tratamiento para encontrarse mejor.
- El TCAE debe conocer la sintomatología, de estos síndromes, para poder ayudar al paciente ante la aparición de estos síntomas.
- El TCAE debe de ayudar al paciente a que este en un ambiente tranquilo, en el que el paciente se sienta cómodo, libre de olores, con una temperatura templada ni frío ni calor, ya que ante la aparición de por ejemplo vómitos tras realizar este el paciente quedará destemplado, con frío, mareos.
- El TCAE ayudara a el paciente a que realice una respiración correctamente inspirando por la nariz y soltando el aire lentamente por la boca.

- El personal sanitario no administrará ningún alimento sólido ni líquido hasta que el paciente este estabilizado o el facultativo haya dado indicación de esto.
- En el caso de paciente con emesis el TCAE deberá colocar al paciente semisentado, en caso de que tenga que estar tumbado se colocará al paciente en posición de seguridad para evitar que sufra broncoaspiraciones.
- El TCAE debe conocer que los pacientes que acuden con emesis generalmente son los que están sometidos a un tratamiento quimioterapéutico, o tratamientos digestivos, estos son tan fuertes que dejan postrado a el paciente. El TCAE explicará en ese momento al paciente antes de administrarle los cuidados pertinentes cuales pueden ser signos o síntomas de alarma para que en caso de que note alguno avise inmediatamente.

5 Discusión-Conclusión

El tema de náuseas y vómitos es muy conocido, por ello el TCAE seguramente esta familiarizado con todos los aspectos, cuidados e intervenciones que ha de realizar en el momento que va a ayudar a un paciente con estos síntomas.

En nuestros resultados hemos implantado los cuidados más básicos pero importantes que han de administrarse a la llegada de un paciente con náuseas, vómitos y como no emesis.

Es un tema tan básico que cualquier persona que no tenga conocimientos sanitarios podrá entender que tipo de cuidados y que actuaciones básicas administra el personal sanitario a un paciente que esta por un proceso de inestabilidad a nivel digestivo.

6 Bibliografía

- Escobar Alvarez Y. Cumplimiento terapéutico. Efectos Secundarios frecuentes más importantes en: Guía de familiares de pacientes con tratamiento con quimioterapia; Grupo de Acción Médica, 2007.
- Fraga XF, Malage lada JR: Nausea and vomiting. Curr Treat Options Gastroenterol 2002; 5 (4): 241-50.
- Quintero Carrion E. Síndrome diarreico. En: Farreras P, Rozman C, editores. Medicina Interna. 13.^a ed. Barcelona: Ed Mosby Doyma; 1995. Vol I. p. 157-67

Capítulo 169

CUIDADOS DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) AL FAMILIAR DEPENDIENTE, CLAUDICACIÓN FAMILIAR

ADELA MARÍA ORTEGA FERNANDEZ

DOMINGA MARIA AGUILAR CAÑADAS

MIRIAN RODRIGUEZ CHINCHILLA

CRISTINA CASTRO GAVILAN

INMACULADA BLANCO CORRALES

1 Introducción

Cuando nombramos el termino cuidador nos referimos a que esta es la persona más cercana del paciente ya que pasa muchas horas de su vida realizando los cuidados básicos del familiar. Los cuidadores de los pacientes dependientes suelen ser las mujeres, aunque existen casos en los que existe mas de un cuidador por lo que es más fácil para poder desarrollar todos ellos una vida más organizada. Definición de cuidador: el que ayuda a una persona que necesita ayuda para cuidarse, en el aseo, en las actividades de la vida diaria, en su día a día. Una

persona que necesita apoyo puede ser un niño, un adulto o una persona mayor. Es posible que requiera cuidados por una lesión, una discapacidad o una enfermedad crónica.

No encontramos una definición concreta de los cuidadores informales los cuales perciben un salario por el cuidado de una persona, aunque en nuestra revisión bibliográfica nos vamos a centrar en el cuidador familiar el cual es padre, madre, hija etc.

Sin embargo cuando nos referimos al cuidador familiar más frecuente suele tener un perfil común suele ser una mujer, es el que renuncia a su vida familiar social para centrarse en su familiar y con ello conlleva a suprimir su vida por la de él. Este tipo de cuidador suele ser una persona de referencia por lo que el cansancio, agotamiento llega a llevar al cuidador a una posible claudicación familiar. Por ello hay que cuidar a ese cuidador.

2 Objetivos

- Describir actuaciones que el cuidador podrá realizar y con esto evitaremos la claudicación de este.
- Describir beneficios a los que puede tener acceso el cuidador y de esta forma seguir con su vida normal.

3 Metodología

Se realiza una revisión bibliográfica en internet en las que se incluyen artículos de bases de datos que nos expliquen beneficios de cuidar al cuidador. Se utilizan bases de datos de pubmed, Medline, Scielo etc.

Palabras clave: cuidador, familiar, enfermedad, actividades

Se incluyen artículos en inglés y español, en los que tengan validez científica, se incluyen autores y titulo, no se incluyen artículos que estén plagiados, que no estén terminados completamente o no tengan validez científica.

4 Resultados

- Algún autor como Crespo indica Los beneficios de apoyar a los cuidadores con el equipo de salud ya que se liberan de todas las cargas asistenciales en cuanto al

tratamiento, dudas sobre el aseo y cualquier atención médica que necesiten los familiares que cuidan.

- Algunos otros autores nos explicaban que a un cuidador formal sin conocimientos de salud, el equipo de salud le daba instrucciones para aprovechar el día, para que pudiera lograr calidad de vida, para poder volver a lo social, vida familiar fuera de ese domicilio.
- Es importante saber que cuidar es un arte especial y no todos están capacitados para hacerlo, por lo que cuando un cuidador se encuentra incapaz de realizar la tarea, su propia autoestima y la ayuda deben tomar el lugar que su familia pueda necesitar y ayudar en todo lo que se pueda.
- la importancia de la rotación entre miembros de la familia o entre cuidadores formales e informales de esta forma podrán continuar con sus actividades sociales, familiares e incluso tendrán tiempo para sí mismos.
- Un cuidador debe poder alcanzar una calidad de vida suficientemente satisfactoria para que no caiga en depresión, que su estado mental sea bueno y que el tiempo dedicado al cuidado del familiar sea rentable y productivo, lo que supone un beneficio para el cuidado de este.
- Establecer un horario ayudará al paciente a seguir una rutina con su cuidador, incluso cuando esté relajado, para que no extrañe a sus familiares. Se desarrollará un cuadrante cada semana que todos los cuidadores seguirán. Este tiempo libre ayudará una vez que se evalúe el papel de la fatiga del cuidador en la escala de Zarit, que será un resultado favorable.

5 Discusión-Conclusión

Los cuidadores formales no deben esperar a buscar ayuda cuando puedan, cuando les resulte más difícil no caer en la depresión y la consiguiente repercusión en la familia. El cuidador debe entrevistarse y confiar en el equipo de salud para que no cargue con todo el peso. Se intentarán retomar sus actividades de ocio ya que el cuidador también necesita vivir fuera del entorno del familiar al que ayuda.

Al mismo tiempo, los cuidadores informales incluirán tanto al paciente como al cuidador familiar en su día a día, y no excluirán los cuidados que este último brinde, ya que esto crearía un conflicto entre ambos cuidadores.

6 Bibliografía

1- Junta de Castilla y León Consejería de Sanidad. ¿Existen instrumentos válidos para medir el síndrome del cuidador familiar? Una revisión de la literatura

[Documento en línea] España: Sacyl.

2- Parrinha Rocha B M, Palma Pacheco J E. Elderly persons in situation of dependence: informal caregiver stress and coping. *Acta Paul Enferm* [en línea] 2013 febrero 21. 50-56.

3- Moreno ME et al. Cómo cuidar un enfermo en casa. Bogotá: El Manual Moderno; 2005.

4- Rogero García J. Distribución en España del cuidado formal e informal a las personas de 65 y más años en situación de dependencia. *Rev Esp Salud Publica*. 2009; 83 (3):393-405.

Capítulo 170

FUNCIONES DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) CON PACIENTES CON ESQUIZOFRENIA

MARÍA VICTORIA CAÑO VALDERRAMA

MOHAMED AMAR MOHAMED

ALI AOMAR MOHAMED

1 Introducción

Las intervenciones de enfermería en la Fase Aguda de la esquizofrenia son: – Cuidados físicos: mantenimiento de la hidratación, nutrición e higiene. – Administración del tratamiento farmacológico: asegurando la toma y detectando la aparición de efectos secundarios. Control de las constantes.

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.

El proceso de cuidado de enfermería, requiere el uso de estrategias de intervención educativa, que para las personas con enfermedad mental representa un aporte significativo frente a la apropiación de su proceso de recuperación, por lo cual, se debe favorecer el uso de este tipo de abordajes.

El auxiliar psiquiatría es una pieza clave en el proceso de curación de los enfermos que tiene a su cargo. Es un elemento que actúa de unión entre el enfermo y el médico, es la pieza que hace girar de forma eficaz el mecanismo de la curación para que se consiga el objetivo marcado, la mejoría del enfermo y su reincorporación a la vida normal. Muchas son las funciones que forman parte de esta figura sanitaria, pudiendo englobarse las principales en funciones relacionadas con el bienestar físico del paciente y funciones relacionadas con el bienestar psiquiátrico del paciente.

2 Objetivos

Conocer las funciones del TCAE respecto a los pacientes con esquizofrenia.

3 Metodología

Se ha llevado a cabo una revisión bibliográfica sistemática de artículos científicos, los cuales están incluidos en la bibliografía, sobre la actuación del Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería ante un paciente agitado. Para ello se han consultado bases de datos científicas tales como: Elsevier, Scopus, Cuiden y el buscador Google Académico. Los descriptores empleados fueron: agitación psicomotriz, actuación, contención, abordaje, TCAE. Se establecieron filtros de búsqueda tales como año de publicación, idioma y acceso a texto completo.

4 Resultados

Las enfermedades mentales son 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 a lo largo de 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 a tiempo, de modo contrario 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.

La esquizofrenia requiere tratamiento de por vida, incluso si los síntomas desaparecen. El tratamiento con medicamentos y terapia psicosocial puede ayudar a controlar la enfermedad. En algunos casos, puede ser necesario un ingreso.

Por lo general, es el psiquiatra quien guía el tratamiento. El equipo de tratamiento también puede incluir un psicólogo, un trabajador social, personal de enfermería, y posiblemente un encargado del caso para coordinar la atención.

Durante los periodos de crisis o de síntomas graves, es posible que se requiera hospitalizar al paciente para garantizar seguridad, alimentación correcta, horas de sueño adecuadas e higiene básica.

El modelo de asignación primaria es un sistema de organización que se caracteriza por la atribución de la responsabilidad de la planificación y seguimiento del cuidado sobre un grupo reducido de pacientes a una enfermera durante toda la estancia hospitalaria. Estos modelos definen las funciones que deben realizar las enfermeras y el tipo de relación que se establece entre el paciente y su enfermera referente, denominada por algunos autores, como Relación Terapéutica. Dicho modelo se sostiene sobre principios humanistas, dirigidos a la individualización, integralidad, y participación de los pacientes y sus familiares. El TCAE es el profesional que acompaña al paciente en todo momento, siendo una de sus funciones más importantes conseguir su bienestar físico y psíquico. Con tal fin lleva a cabo diferentes actuaciones encaminadas a cubrir las necesidades que el paciente no pueda llevar a cabo por sí mismo por tener mermadas sus capacidades, tales como es la de proporcionar al ingreso la ropa adecuada, explicar las normas de la unidad para que conozca sus derechos y obligaciones, realizar el registro de sus pertenencias, orientar al enfermo en el tiempo y en el espacio, ayudarlo en el aseo e higiene diaria, animarlo a que tenga una buena imagen, a proporcionar las condiciones idóneas para su descanso y en el caso de que el enfermo sea dependiente, cuidar de su alimentación, hidratación, desplazamientos y movilidad, retirar el material potencialmente peligroso, así como tener máximo control sobre la toma de medicación y tratamientos y colocar las contenciones mecánicas siempre bajo prescripción y supervisión médica.

5 Discusión-Conclusión

El TCAE como la figura sanitaria más cercana al paciente trabajará mano a mano con el resto del personal, garantizando una asistencia integral y de calidad al paciente, mostrando siempre su cara más amable y cercana para lograr que confíe

y siga las pautas médicas con el fin de lograr su pronta recuperación.

Este tipo de enfermedades deben tratarse a tiempo, de modo contrario 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.

6 Bibliografía

- Revistas.
- Portales medicos.
- Mayoclinic.org.
- .ClinicBarcelona.org.
- Mastertransferenciasalud.es.
- Revista-portalesmedico .com
- Ised.es.
- Revistasanitariadeinvestigacion.com

Capítulo 171

TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERIA (TCAE) EN EL AMBITO SANITARIO: TRAQUETEOMIA.CUIDADO DE LOS PACIENTES CON TRAQUETEOMIA Y PROCEDIMIENTO DE CAMBIO DE CANULA DE TRAQUETEOMIA.

MARIA DEL CARMEN VALERO MOYA

M^a TERESA SÁNCHEZ CARRIÓN

1 Introducción

Dentro de las funciones que desarrolla el técnico en cuidados de enfermería (TCAE) está el cuidado de los pacientes con traqueotomía y ayudar al DUE en el cambio de cánula del paciente con traqueotomía.

Traqueotomía: es una abertura en frente del cuello que se hace durante un procedimiento de emergencia o una cirugía planeada. Forma una vía respiratoria para las personas que no pueden respirar por sí mismas, que no pueden respirar bien, o que tienen una obstrucción que afecta su respiración. En la abertura se inserta un tubo o cánula en la tráquea.

Atendiendo a su duración existen dos tipos:

- Traqueostomía temporal se usa cuando hay una obstrucción o una lesión en la tráquea. También se puede usar cuando una persona necesita un respirador (ventilador), como en el caso de pulmonía grave, un ataque cardíaco mayor o un accidente cerebrovascular.

- Traqueostomía permanente se utiliza cuando es necesario extirpar parte de la tráquea debido a una enfermedad como el cáncer.

Cánula de traqueotomía: es un tubo con un diámetro menor al de la tráquea, que se introduce a través del traqueostoma (orificio creado quirúrgicamente para comunicar la tráquea con la piel. Hay una continuidad de la mucosa traqueal con la piel del cuello) y que sirve para evitar que este se cierre y permitir así la ventilación del paciente.

2 Objetivos

Objetivo principal:

- Conocer el protocolo de cambio de cánula del paciente con traqueotomía.

Objetivo secundario:

- Conocer las normas generales del cuidado del paciente con traqueotomía y el material necesario para ello.

3 Metodología

Para la realización de este capítulo se ha realizado un trabajo de revisión bibliográfica en el cual se ha utilizado:

Bases de datos: se utilizaron los motores de búsqueda: Google Académico y Dialnet, WorldWideScience.org y Scielo.

Palabras clave y operadores booleanos utilizados para la búsqueda: Auxiliar de enfermería, funciones del TCAE, traqueotomía, tipos de traqueotomías, cánula de traqueotomía, normas generales para el cuidado de pacientes con traqueotomía y protocolo de cambio de cánula de traqueotomía.

Criterios de inclusión: fuentes bibliográficas que trataban sobre las funciones del auxiliar de enfermería o TCAE, traqueotomía, tipos de traqueotomías, cánula de traqueotomía, normas generales para el cuidado de pacientes con traqueotomía y protocolo de cambio de cánula de traqueotomía, artículos en castellano que como máximo tuvieran 5 años de antigüedad.

4 Resultados

Cuidados de pacientes con traqueotomía:

Los cuidados de los pacientes con traqueotomía incluyen especialmente dos procesos:

- Aspiración de secreciones bucofaríngeas y traqueobronquiales.
- Cambio de cánula, limpieza de estoma y fijación de la nueva cánula.

Aspiración de secreciones bucofaríngeas y traqueobronquiales:

- Aspiración de secreciones bucofaríngeas: Se realiza para mantener abierta la vía respiratoria y extraer el moco y las secreciones de boca y garganta en personas con hipersecreciones de saliva.
- La aspiración traqueobronquial es la evacuación de las secreciones contenidas en el árbol bronquial mediante una sonda que se conecta a un sistema de aspiración.

Procedimiento de cambio de cánula:

La frecuencia con la que se cambia la cánula de traqueostomía varía desde diariamente hasta una vez al mes.

Recomendaciones:

- Mantener ayunas desde 2 horas antes del cambio.
- Paciente en decúbito supino con hiperextensión cervical y un rodillo bajo los hombros.
- Hiperoxigenar al paciente.

Material necesario:

- Cánula.
- Pinzas.
- Tijeras.
- Cepillos de limpieza.
- Jeringas.
- Guantes.
- Cinta de sujeción.
- Gasas.
- Batea.
- Antiséptico.
- Agua estéril.
- Preparar el material.
- Lavarse las manos.
- Ponerse los guantes.
- Explicar al paciente el procedimiento que se le va a realizar.

- Pedir su colaboración, para ello hay que establecer con él un sistema de comunicación. Por ejemplo, abrir la mano para decir si o cerrarla para decir no...
- Colocarlo en posición de Fowler.
- Aspirar las secreciones si las tuviera.
- Verter antiséptico en la batea.
- Verter agua estéril o suero fisiológico en otra batea.
- Aflojar la cánula interna, haciéndola girar en sentido contrario a las agujas del reloj.
- Limpiar la cánula con antiséptico y cepillo. Después aclarar con agua estéril o suero fisiológico. (Si la cánula no queda limpia hay que sustituirla por otra estéril).
- Insertar cánula y apretarla girándola en sentido de las agujas del reloj.
- Quitarse los guantes.
- Lavarse las manos y ponerse guantes nuevos.
- Limpiar el traqueostoma con suero salino, secar y aplicar antiséptico con gasa.
- Sujetar la cánula con las cintas.
- Colocar gasas alrededor y debajo de la cánula.
- Colocar cinta de sujeción.
- Acomodar al paciente.
- Recoger todo el material, dejando colocado la habitación.
- Quitarse los guantes.
- Lavarse las manos.
- Registrar el procedimiento,

5 Discusión-Conclusión

Los cuidados de la traqueotomía los realizan los DUE con la colaboración de los TCAE por eso el TCAE (Técnico en cuidados de auxiliar de enfermería) debe conocer y saber aplicar los cuidados en pacientes con traqueotomía y por supuesto el procedimiento de cambio de la cánula de traqueotomía. Es de suma importancia conocer todo lo referente a este proceso, ya que el tiempo del proceso debe reducirse al mínimo para evitar el cierre del estoma y que todo el material esté preparado antes de iniciar el proceso para no provocar más problemas al paciente. Es muy importante hacer una limpieza exhaustiva, con antiséptico y cepillo, de la cánula con el propósito de mantenerla en perfectas condiciones y garantizar la seguridad del paciente.

Por otro lado todos los tratamientos aplicados a los pacientes con traqueotomía deben realizarse sin olvidarse del estado mental del paciente, este está intubado,

no puede comunicarse verbalmente, por lo que el TCAE debe contribuir a hacerle lo más fácil posible la estancia en el centro hospitalario

6 Bibliografía

1-<https://revistas-portalesmedicos.com>

2-<https://apuntesauxiliarenfermeria.com>

3- <https://www.auxiliar-enfermeria.com>

4-Técnicas básicas de enfermería. Smartbook.

Capítulo 172

LAS NECESIDADES BÁSICAS Y AUTOCUIDADOS. MANEJO POR EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA

LAURA DOMINGO RODRIGUEZ

CRISTINA SALDAÑA ALVAREZ

ALMUDENA DÍAZ MARTIN

MARIA JOSE MARTINEZ MARTINEZ

MARÍA ALARCOS LOPEZ-LUCENDO RODRIGUEZ-REY

1 Introducción

La O.M.S. concretó la salud como el estado completo de bienestar psíquico, físico y social y no únicamente la ausencia de enfermedad.

Virginia Henderson dejó establecido la definición conceptual de la enfermería consistente en atender y ayudar al individuo sano o enfermo, en la realización de las actividades que contribuyen a la salud, o a la recuperación de ellas (o a una muerte digna), que el individuo realizaría sin ayuda si este tuviera la fuerza la voluntad y conocimientos necesarios. Y hacerlo de tal manera que le ayude a ganar su independencia en el menor tiempo posible.

Se pueden describir los cuidados como el apoyo directo ofrecido por otra persona para la realización de las actividades de la vida diaria.

Las funciones principales del Personal de Enfermería son:

1. Prestar y administrar cuidados en la promoción de la salud, prevención de la enfermedad, curativos, de rehabilitación o de apoyo a los individuos o grupos.
2. Enseñar a los pacientes.
3. Actuar como miembro efectivo del Equipo de Salud.
4. Desarrollar la práctica de la enfermería basada en un pensamiento crítico y de investigación (1).

Modelos de Enfermería.

Son la representación de un contexto que puede designarse como hecho enfermero, que podría definirse como el modo de llevar a cabo el proceso del cuidar en la enfermería (3).

El conjunto de creencias, principios, valores, leyes y teorías que sirven como marco de referencia para elaborar un modelo, se llama paradigma.

La enfermería ha sido hasta hace pocos años una profesión basada principalmente en la experiencia práctica y en los conocimientos adquiridos empíricamente, a través de la repetición de las actividades.

2 Objetivos

Ver las características de la pirámide de Abraham Maslow y como las definió con base en las necesidades y cuidados que el ser humano necesita para su satisfacción y las prioritarias a realizar.

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, ministerio de sanidad y consumo y diferentes páginas referentes al cuidado y las necesidades humanas, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas

4 Resultados

La primera enfermera que intentó definir la aportación de la enfermería al cuidado de la salud fue Florence Nightingale (1820-1910), al sentar las bases de

la enfermería profesional. Su teoría se basa en el entorno, entendiendo como entorno la ventilación, calor, luz, dieta, limpieza y ruido. Su teoría contiene tres relaciones principales, entorno-paciente, enfermera-entorno y enfermera-paciente. Desde entonces y hasta 1950, hubo muy pocas contribuciones en este sentido. A partir de entonces y a raíz de la implantación generalizada en algunos países de los estudios universitarios para la Enfermería, se origina una corriente de opinión cuyo objetivo es buscar los fundamentos científicos de la profesión, la estructura teórica que constituye la ciencia de la Enfermería.

Uno de estos modelos, los de suplencia o ayuda, están basados en los autocuidados, basado en la teoría de la motivación y personalidad de Abraham Maslow (1970). En el desarrollo de su teoría, Maslow define 5 categorías de necesidades que se ordenan por prioridad en cuanto a su satisfacción, estableciendo que primero se han de satisfacer las necesidades más básicas en orden y después pasar a satisfacer las necesidades de orden superior.

Las categorías de A. Maslow (pirámide de Maslow) son:

1. Necesidades de carencia o déficit.

Fisiológicas, de seguridad y protección y de afiliación, amor y pertenencia (aceptación social).

2. Necesidades de desarrollo.

Reconocimiento y autoestima y necesidad de autorrealización.

- Necesidades fisiológicas. Tienen primacía sobre el resto, siendo esenciales para la supervivencia (respirar, beber agua, dormir, regulación de la homeostasis (mantenimiento del equilibrio interno), comer, eliminar desechos.
- Necesidades de seguridad y protección. Incluye la seguridad física, de empleo, de ingresos y recursos, moral, familiar, de salud, sexo y actividad.
- Necesidad de afiliación, o de amor y pertenencia (aceptación social). Supone el dar y recibir afecto, identificación con sus raíces, del propio grupo.
- Necesidad de reconocimiento y autoestima. Se relaciona con el reconocimiento del trabajo personal (autovalía, éxito, prestigio).
- Necesidad de autorrealización. Es la aspiración de la persona a su pleno potencial.

Posteriormente, Richard Kalish (1977) adaptó el modelo de Maslow y sugirió otra categoría de necesidades adicional, entre las fisiológicas y las de seguridad, denominadas necesidades de estímulos, donde se encuentra el sexo, la actividad, la exploración, manipulación e innovación

5 Discusión-Conclusión

Podemos concluir que Maslow definió en su pirámide las necesidades básicas de una manera jerárquica, colocando las necesidades más básicas en la base de su pirámide y las más relevantes en la cumbre de la pirámide. A medida que se satisfacen surgen otras a un nivel superior hasta llegar a la autorrealización, que es el nivel de plena felicidad o armonía.

La teoría de Maslow es útil para el personal de enfermería porque se centra en las necesidades físicas y psicosociales fundamentales para la vida humana (2), y que Richard Kalish a continuación inserto las necesidades de estímulo, entre las cuales se encuentran el sexo y la actividad entre otras.

6 Bibliografía

1. <https://roxynurse.blogspot.com/2016/06/modelos-y-teorias-de-enfermeria.html>
2. <https://core.ac.uk/download/pdf/323352367.pdf>
3. https://issuu.com/angelicaherrera/docs/fundamentos_de_enfermer_a_2
4. <https://books.google.com/books?id=FLgXAwAAQBAJ>

Capítulo 173

LAS FUNCIONES DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) EN LAS DIVERSAS ETAPAS DE CUIDADOS PALIATIVOS

ALI AOMAR MOHAMED

MARÍA VICTORIA CAÑO VALDERRAMA

MOHAMED AMAR MOHAMED

1 Introducción

Antes de introducirnos en las funciones del TCAE vamos a hacer un breve resumen de los cuidados paliativos.

Los cuidados paliativos son un enfoque especial en el cuidado de las personas que tienen enfermedades graves, como cáncer. Los cuidados paliativos se concentran en mejorar la calidad de la vida ayudando a pacientes y cuidadores a tratar los síntomas de enfermedades graves y los efectos secundarios de los tratamientos. Los tratamientos paliativos varían ampliamente y, a menudo, incluyen lo siguiente:

Medicamentos.

Cambios nutricionales.

Técnicas de relajación.

Apoyo emocional y espiritual.

Apoyo para los niños o cuidadores familiares.

Los cuidados paliativos se deben ofrecer y estar disponibles desde el momento del diagnóstico hasta que ya no se necesitan, en cualquier etapa y en cualquier entorno de atención.

Los cuidados paliativos no son lo mismo que los cuidados para enfermos terminales. Los cuidados para enfermos terminales son un tipo de cuidados paliativos. El objetivo de los cuidados para enfermos terminales es mantenerlo lo más cómodo posible cuando no se espera que el tratamiento cure el cáncer. Algunos tipos de seguro médico, incluido Medicare, pagan los cuidados para enfermos terminales si se prevé que usted vivirá 6 meses o menos, aunque algunas personas viven más tiempo.

La Sociedad Española de Cuidados Paliativos (SECPAL) define los cuidados paliativos como “un tipo especial de cuidados diseñados para proporcionar bienestar o confort y soporte a los pacientes y sus familias en las fases finales de una enfermedad terminal. Los cuidados paliativos procuran conseguir que los pacientes dispongan de los días que les resten conscientes y libres de dolor, con los síntomas bajo control, de tal modo que los últimos días puedan discurrir con dignidad, en su casa o en un lugar lo más parecido posible y rodeados de la gente que quiere”.

La enfermedad terminal está definida por los siguientes elementos: la presencia de una enfermedad avanzada, progresiva e incurable; falta de posibilidad de respuesta al tratamiento específico; y la existencia de síntomas en aumento según se agrava la enfermedad. Asimismo, estos elementos dan lugar a una serie de situaciones como puede ser el impacto emocional en el paciente, la familia y el equipo terapéutico. La familia del paciente actuará como integrante del equipo de cuidados paliativos y deberá proporcionársele formación y apoyo debido al desgaste emocional que supone tener que cuidar a un paciente paliativo.

2 Objetivos

Conocer las funciones del TCAE en las diversas etapas de los cuidados paliativos.

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

Dentro de sus principales funciones, el auxiliar de enfermería se encarga de ejecutar diferentes tareas en la unidad de cuidados paliativos.

El auxiliar de enfermería suele encargarse de tareas como los cuidados básicos de higiene y confort de los pacientes, la administración de los medicamentos y la supervisión de los signos vitales. También cumple un rol muy importante en la unidad de cuidados paliativos, donde proporciona bienestar y confort a los pacientes y a sus familias en las fases finales de una enfermedad terminal.

La unidad de cuidados paliativos procura brindar soporte y bienestar a los pacientes que sufren una enfermedad terminal. Su finalidad es conseguir que los pacientes pasen esta etapa de su vida libres de dolor y con los síntomas bajo control, rodeados de la gente que les quiere.

En la unidad de cuidados paliativos suelen trabajar diferentes personas, en el caso particular del auxiliar de enfermería, es quien se encarga de mantener la higiene personal del paciente y proporcionarle un ambiente agradable, con esto último nos referimos a una habitación ordenada, limpia y luminosa.

Por lo general la programación de las tareas que realiza el auxiliar de enfermería en la unidad de cuidados paliativos comienza con el control de la temperatura del paciente y la medición de diuresis, para ello debe anotar las mediciones correspondientes y comunicar a los enfermeros si observan alguna anomalía. Luego reparte las comidas del día y le da de comer a aquellos pacientes que necesitan su asistencia. Recoge las bandejas y deja un vaso limpio para el enfermo y su acompañante.

Para mantener un ambiente agradable, el auxiliar de enfermería realiza un aseo general según el protocolo correspondiente, hace las camas y deja la habitación ordenada. Para ello debe juntar en una bolsa la ropa sucia, cerrarla, etiquetarla y depositarla en el carro indicado para ese fin.

Además de cuidar la higiene del paciente y proporcionarle un ambiente agradable, el auxiliar de enfermería debe colaborar con los enfermeros profesionales en todo aquello que necesiten, ya sea en la administración de medicamentos como en los cuidados que surjan durante el turno.

5 Discusión-Conclusión

El auxiliar de enfermería suele encargarse de tareas como los cuidados básicos de higiene y confort de los pacientes, la administración de los medicamentos y la supervisión de los signos vitales.

El equipo sanitario trabajara en conjunto para prestar una atención integral tanto física como emocional de forma continuada pretendiendo conseguir una mayor calidad de vida y confort en los pacientes terminales. Al igual que las necesidades físicas es muy importante cubrir y responder las necesidades psicológicas del paciente: mantener una comunicación veraz, clara y tranquilizadora; darle la posibilidad de expresar sus sentimientos y emociones; promover un entorno de ayuda sin sobreprotección; hacerles sentirse valorados positivamente; acompañar y ayudar al enfermo respetando sus creencias y valores; y sobre todo, preservar su dignidad e intimidad.

6 Bibliografía

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

Capítulo 174

CASO CLÍNICO DE ENFERMEDAD RARA DE ALERGIA AL AGUA POR EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA

MARIA JOSE MARTINEZ MARTINEZ

LAURA DOMINGO RODRIGUEZ

CRISTINA SALDAÑA ALVAREZ

ALMUDENA DÍAZ MARTIN

MARÍA ALARCOS LOPEZ-LUCENDO RODRIGUEZ-REY

1 Introducción

En este artículo veremos el caso de una mujer de 34 años con diagnóstico de urticaria acuagénica conocida como alergia al contacto con el agua, la cual su madre también presenta como la hija el mismo diagnóstico. La urticaria acuagénica es una enfermedad rara de urticaria física de la piel, que cursa con erupciones, ronchas y habones que afectan por norma general la parte superior del cuerpo. Es primordial realizar descartes y hacer un diagnóstico diferencial, para separarla de otras clases de urticaria. La casuística no es nada clara. Aunque si se ha podido comprobar que el tratamiento con antihistamínicos mejora la sintomatología. La urticaria al uso, son enfermedades comunes, que cursan con una inflamación de la piel con lesiones cutáneas de presencia eritematoedematosas y de contorno

delimitado y definido. Por norma general se presenta con prurito, son de curso benigno y suele ser de corta duración en lo que al tiempo se cuenta.

Este tipo de urticaria física como es la urticaria acuagénica. Es la urticaria que aparece en zonas de la piel que han estado en contacto con el agua, en casos graves, incluso, con la propia saliva del paciente o sus lágrimas. Se le conoce normalmente como alergia al agua.

Los datos de esta urticaria, por su baja aparición y por considerarse una enfermedad rara de la piel, no se conocen.

2 Objetivos

Ver cómo Noelia, que es el caso que vamos a tratar, nos cuenta sus síntomas y que es lo que los provoca, además de ver cuál puede ser el tratamiento posible de la urticaria acuagénica.

3 Caso clínico

Se nos da en consultas de Atención primaria el caso de Noelia una mujer de 30 años, no gestante en el momento de consulta, que desde los diez años nota como su piel se escamaba y de vez en cuando le daba urticaria, pero cuenta que se podía aguantar y no le dio importancia, pero que hace poco que comienza sobre unos 3 meses con placas en su piel de diferentes zonas del cuerpo eritematoedematosas importantes, pruriginosas y nos dice que a veces insoportable de forma generalizada, pero sobre todo en miembros superiores, cara y escote y que le aparecen siempre después del baño, ya sea ducha, bañera, piscina o playa, y que le duran entre unos 5 y 10 minutos para posteriormente desaparecer espontáneamente.

Lo que le ocurre es independiente de la temperatura del agua, el calor también le afecta y dice que a veces, pero muy ocasionalmente, le produjo fiebre esas erupciones, según antecedentes familiares dice que también su madre tenía unos síntomas y signos iguales, comenzando la madre a los 32-34 años y coincidiendo con su tercera gestación. A los 53 años la sintomatología fue mejorando progresivamente y desde los 57 años hasta la fecha, en la cual ahora cuenta con 60 años, en ocasiones dice que le pueden salir de uno a dos placas, pero muy distantes en tiempo de aparición.

A partir de su visita a las consultas se le refirió al dermatólogo y se comenzó un tratamiento con antihistamínicos, pero por la somnolencia que le causas dejó el tratamiento, como la sintomatología, era de duración corta, según cuenta la paciente, de unos minutos se fue habituando a ella siempre intentando que los

baños fueran muy rápidos y cortos y con rapidez se secaba. Melisa que es el caso que tratamos se le ofreció antihistamínicos como tratamiento, pero los rechaza y declina el tratamiento ofrecido por el que ya está familiarizada con su situación y que presenta la sintomatología de su enfermedad a los efectos adversos de somnolencia que le causaba el tratamiento y que su objetivo principal era que para su tranquilidad necesitaba confirmar las sospechas de su diagnóstico.

4 Discusión-Conclusión

Este caso clínico de Melisa y que hemos referido, nos lleva a la conclusión de que la urticaria acuagénica es una afectación de la piel, bastante debilitante y además es crónica e incurable, en los casos más graves incluso puede llegar a producir fiebre o migrañas, darte reacción incluso tu propia saliva o tus lágrimas y que, aunque altera la vida de las personas que lo padecen, si la sintomatología es leve, estos pacientes pueden llegar a adaptarse a la situación y poder convivir y controlar sus síntomas de la enfermedad, pero que en los casos graves en los cuales el paciente no aguanta la sintomatología, se les pauta un tratamiento con antihistamínicos, aunque los efectos adversos de ellos, se deben tener en cuenta como puede ser la somnolencia, para llegar al diagnóstico de esta enfermedad antes se han debido descartar muchas alergias más comunes, al tratarse está de la que hablamos una enfermedad bastante rara.

5 Bibliografía

1. Itin PH, Lautenschlager S. Aquagenic syringeal acrokeratoderma (transient reactive papulotranslucent acrokeratoderma). *Dermatology*. 2002; 204 (1): 8-11. [Links]
2. Hernandez Santana J, Velasco Benito JA, García Dorado J, García Silva J, Armijo M. Estudio de dos nuevos casos de urticaria acuagénica. *Actas Dermosifiliogr*. 1991; 82 (6): 408-10. [Links]

Capítulo 175

EXPOSICIÓN DE PREECLAMPSIA POR EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN EL EMBARAZO

MARÍA ALARCOS LOPEZ-LUCENDO RODRIGUEZ-REY

LAURA DOMINGO RODRIGUEZ

CRISTINA SALDAÑA ALVAREZ

ALMUDENA DÍAZ MARTIN

MARIA JOSE MARTINEZ MARTINEZ

1 Introducción

La preeclampsia la origina la alteración de la presión arterial, que es como su nombre revela la presión que ejerce la sangre en las arterias contra sus paredes. Esta presión viene derivada del gasto cardíaco y de las resistencias periféricas vasculares.

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) nos reseña que la hipertensión arterial (HTA) es cuando la tensión arterial sistólica (TAS) es superior o igual a 140 mm Hg y/o la tensión arterial diastólica (TAD) es superior o igual a 90 mmHg, sin que se esté cursando o aplicando ningún tratamiento en contra de la hipertensión.

La HTA es una de las más frecuentes complicaciones que se pueden dar en la medicina en lo referente al embarazo, la cual tiene una prevalencia de entre el 9 y el 11 % de las embarazadas y en cuanto a mortalidad materna se le considera uno de los principales orígenes.

Entre las complicaciones de la Tensión arterial y que derivan en elevaciones no aptas para la salud, nos podemos encontrar con varios tipos de Tensión Arterial elevadas durante el transcurso del embarazo:

Como puede ser la Hipertensión Arterial crónica o la hipertensión arterial gestacional que es la Preeclampsia, la cual puede ser leve y grave.

2 Objetivos

El objetivo que planteamos es que exista más conocimiento y poder analizar acerca de la prevención y de tratamientos hipertensivos en el curso del embarazo, dada la elevada prevalencia de esta patología y la gravedad de sus complicaciones.

3 Metodología

Se realizó una revisión bibliográfica usando como bases de datos pubmed, cochrane, uptodate, google académico. Se recopilaron varios documentos y artículos, estudios científicos y revisiones; para posteriormente seleccionar aquellos que tenían como criterio de inclusión idioma en castellano e inglés, y de exclusión aquellos que carecieran de acceso gratuito; se hizo una lectura y análisis de estos y se establecieron una serie de conclusiones que se muestran a continuación. Se emplearon como descriptores: epidemiología, embarazo, HTA, preeclampsia.

4 Resultados

Se da la existencia de varios tipos de Hipertensión Arterial en relación con el embarazo:

1- Hipertensión Arterial crónica: es la que ya padecía la mujer, se detecta antes del embarazo o de la semana 20 de gestación.

2- Hipertensión Arterial gestacional: Cuando la Tensión arterial sistólica es igual o mayor a 140 mmHg y/o la Tensión Arterial diastólica es igual o mayor a 90 mmHg posterior a la semana de gestación número 20, en una mujer que anteriormente a estas 20 semanas tenía normo tensión.

3- Preeclampsia: Es un caso de HTA gestacional, esta cursa con pérdidas de proteína en orina en las peores complicaciones se pueden dar alteraciones en el hígado y en los riñones.

La cual puede ser:

- Preeclampsia leve: En 24 h, los resultados para diagnóstico serian proteinuria mayor a 300 mg/L

- Preeclampsia grave: Presión arterial elevada de 160/110

Puede darse un importante aumento de peso derivado de la retención de líquido por la afectación de los riñones o incluso presentar disnea

- Eclampsia: Viene de la consecuencia de padecer la preeclampsia grave, es una complicación muy grave, suele aparecer cuando la enfermedad de la tensión arterial gestacional esta muy avanzada. Cursa con convulsiones en el embarazo e incluso en el postparto. Llegando a estados de daño cerebral, coma o finalizar con la muerte del feto o de la madre, lo peor es que no existe tratamiento.

La etiología y origen de la Preeclampsia es desconocida. De datos obtenidos de diferentes fuentes se cree que las pacientes ya con La tensión arterial alta u obesidad o alteraciones en el metabolismo pueden ayudar a que esta patología se manifieste.

Esta patología, no solo afecta a la madre sino también al feto, llegando a darse situaciones y complicaciones como Retraso en el crecimiento uterino, bebés prematuros, acidosis láctica o incluso la muerte

Para la prevención será importante los controles correspondientes como en cuanto a la toma de tensión y controlarlo especialmente después de las 20 semanas, tomar ácido fólico, dietas ricas en calcio y abstenerse de fumar y por supuesto controlar si aumenta el peso y llevar una nutrición adecuada y saludable

Va a ser la finalización de la gestación el tratamiento definitivo de esta preeclampsia. Aunque anteriormente se deberá administrar un tratamiento con corticoides a la embarazada que va a permitir en el feto la maduración pulmonar.

5 Discusión-Conclusión

Como hemos descrito en este artículo llegamos a la conclusión de que, la preeclampsia es demasiado frecuente y con complicaciones muy severas en las mujeres embarazadas, y que, aunque su causa es de origen desconocido se la rela-

ción con los problemas de la obesidad, hipertensión arterial elevada o estados de alteración del metabolismo y sus patologías antes del embarazo.

Que en las estadísticas de muerte materna es una de las principales causas, pudiendo llevar a una serie de complicaciones muy graves sobre el bebé y sobre todo el proceso de embarazo para la madre. A la hora de diagnosticar e identificar el riesgo de padecer preeclampsia se realizan pruebas sobre las elevaciones de la proteinuria y que se debe tomar medidas preventivas para evitar su desarrollo. Lo único que cuando ya debuto esta enfermedad, consistirá en terminar la gestación para llegar al tratamiento definitivo.

6 Bibliografía

1. -Rolnik, D. L.; Wright, D.; Poon, L. C. Y.; Syngelaki, A.; O’Gorman, N.; de Paco Matallana, C.; Akolekar, R.; Cicero, S. et al. (Octubre de 2017). ASPRE trial: performance of screening for preterm preeclampsia. *Ultrasound in Obstetrics & Gynecology: The Official Journal of the International Society of Ultrasound in Obstetrics and Gynecology*.
 2. -Grasso E, Baudou F. Un nuevo enfoque de diálogo materno-fetal: Los beneficios de reconocimiento de aloantígenos. *Revista Química viva*. 2011
 3. Voto, L (2008). Hipertensión en el embarazo. Sección de hipertensión arterial. Hipertensión en el embarazo.
- Robbins and Cotran. *Pathological Basis of Disease*, 7th ed.

Capítulo 176

QUE HACE UN TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) EN LA UNIDAD DE HEMODIALISIS

ALI AOMAR MOHAMED

MOHAMED AMAR MOHAMED

MARÍA VICTORIA CAÑO VALDERRAMA

1 Introducción

Los objetivos de la hemodiálisis son brindar al paciente enfermo renal, todas las opciones de tratamiento sustitutivo, tales como Hemodiálisis, Hemodiafiltración, Diálisis Peritoneal y, a mediano plazo, Trasplante Renal, la mejor opción para pacientes renales terminales.

Comenzaremos diciendo que la hemodiálisis es un procedimiento médico mediante el cual una máquina desempeña las funciones de limpieza y filtrado de la sangre, algo que normalmente hacen los riñones. Esto se realiza mediante un proceso físico-químico denominado diálisis, en el cual dos materiales, en este caso, la sangre del paciente y el líquido especial de diálisis de concentraciones diferentes igualan sus concentraciones mediante intercambios que se producen a través de una membrana semipermeable.

Suele realizarse a pacientes que sufren insuficiencia renal aguda o crónica. Los riñones de esas personas han perdido la capacidad de cumplir con sus funciones

y la interrupción o reducción del funcionamiento de los riñones es altamente peligrosa, exigiendo una realización, muchas veces urgente, de tratamiento de hemodiálisis.

Los efectos del procedimiento de hemodiálisis sobre el paciente suelen ser leves. Puede surgir un dolor moderado en el momento de la punción de la fistula arteriovenosa, incluso cuadros de dolor de cabeza, calambres e hipotensión (caída de la presión arterial) durante la sesión.

2 Objetivos

Conocer las funciones del TCAE en la unidad de hemodiálisis.

3 Metodología

Se ha llevado a cabo una revisión bibliográfica sistemática de artículos científicos, los cuales están incluidos en la bibliografía, sobre la actuación del Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería ante un paciente agitado. Para ello se han consultado bases de datos científicas tales como: Elsevier, Scopus, Cuiden y el buscador Google Académico. Los descriptores empleados fueron: agitación psicomotriz, actuación, contención, abordaje, TCAE. Se establecieron filtros de búsqueda tales como año de publicación, idioma y acceso a texto completo.

4 Resultados

Entre las muchas tareas a realizar en una unidad de hemodiálisis, una parte importante de ellas la realizan las auxiliares de enfermería:

Apoyo en todas las actividades de la Unidad de Hemodiálisis.

Colaborar en la atención de Pacientes de la Unidad de Hemodiálisis.

Cumplir tareas de enfermería y asistencial asignadas por el inmediato superior.

Tareas:

Cumplir las tareas asignadas, normas y reglamentos del servicio.

Revisa el área de intervención: Provisión de insumos para hemodiálisis: material de curación para el procedimiento, confort y otros aspectos según normas del servicio, e informa los hallazgos.

Realiza la recepción del paciente.

Control de peso al ingreso y egreso.

Realiza el control de signos vitales cada hora del usuario, de acuerdo a normas de establecidos en el servicio y según necesidad.

Asiste al procedimiento de conexión y desconexión de Fístula y Catéter, proveyendo el material necesario para cada uno de los procedimientos.

Efectúa limpieza y desinfección concurrente de la máquina y paciente en caso de derrame de líquidos biológicos (sangre y efluentes).

Colabora en la dinámica de la unidad y en el traslado del usuario una vez finalizado el procedimiento.

Realizar el retiro, lavado y desinfección del material utilizado en cada procedimiento.

Realizar bajo supervisión el preparado y empaquetado de todo el material, con fecha, hora, nombre y testigo para su respectiva esterilización.

Realiza la recepción y entrega de material usado a la unidad de esterilización, procediendo al registro correspondiente, de acuerdo a normas de la unidad.

Realiza la entrega y recepción de ropa, previo registro y firma de los responsables.

Aplicar normas de bioseguridad en la ejecución de todas las tareas de su responsabilidad.

Asiste a reuniones y otras actividades relacionadas con enfermería y la unidad.

Colabora en la vigilancia y control del buen funcionamiento de equipos, material y comunicar al inmediato superior cualquier desperfecto.

Asiste a actividades de educación permanente en la unidad.

Realiza otras tareas afines a la naturaleza de su trabajo delegado por autoridad superior a requerimiento de la institución y la unidad

Aunque la atención integral al paciente renal es labor del equipo multidisciplinar, es el equipo de enfermería, junto con el TCAE, quien se ocupa de los cuidados básicos del enfermo a lo largo de todo el proceso de su enfermedad.

Se debe estar apoyando y guiando a la persona constantemente teniendo en cuenta todos los aspectos bio-psico-sociales que le afectan, así como contribuir a su estabilidad emocional creando un ambiente familiar, de seguridad y confianza para él, ya que esta estabilidad va a jugar un papel muy importante en la evolución de su enfermedad.

En la Unidad de Hemodiálisis, el TCAE se encargará fundamentalmente de:

Mantener el área del paciente y todas las salas de la Unidad.

Preparar el material de diálisis necesario que se utilizará con cada paciente (paños estériles, jeringuilla y agujas para analítica, agujas fístula).

Pesaremos al paciente a su llegada antes de iniciar la sesión, siempre con la misma ropa y lo anotaremos.

Recibir al paciente asegurándose que esté cómodo y comprobar que la máquina está lista para utilizarse.

Verificar que el paciente está en condiciones óptimas para iniciar la sesión. Si hay alguna anomalía o incidencia, deberá anotarla y comunicarla al médico o a la enfermera.

Avisar al paciente que debe lavar el acceso.

Comprobar signos vitales del paciente.

Pesar al paciente después de cada sesión y anotarlo.

Realizar test de presencia de ácido peracético antes de conectar al paciente.

Medir presión arterial cada 30 minutos y anotarlo.

Anotar ingesta y diuresis realizados durante la sesión.

Asistir a la enfermera en el procedimiento de conexión y desconexión de la fístula o del catéter, colaborando con ésta y aportándole todo aquel material que pueda necesitar o requerir.

Desmontaje y desinfección de los monitores de diálisis una vez terminada la sesión y de todo el material utilizado en la misma.

Retirar, preparar y empaquetar el material que vaya a ser esterilizado posteriormente.

Limpieza y desinfección

Preparar el material necesario para el siguiente paciente.

Así mismo, apoyará en todas aquellas actividades o tareas para las que pueda ser requerida en la Unidad por la enfermera o el enfermo. También participará en la creación de un clima agradable para la persona dializada y tendrá un trato humano con ésta.

5 Discusión-Conclusión

La insuficiencia renal es una enfermedad progresiva en un gran número de casos. El impacto emocional, psicológico que sufre la persona al conocer que padece una enfermedad renal crónica le genera sentimientos de rabia y frustración. Los cambios que sufrirá a lo largo de todo el proceso requerirán, por parte del paciente, que este sea capaz de adaptarse a los mismos.

El apoyo que se le dé al paciente para superar esta nueva etapa es de gran importancia y, en ello, la familia juega un papel fundamental.

El auxiliar de enfermería, en colaboración estrecha con enfermería, servirá de apoyo en todos aquellos cuidados que el paciente requiera, velará por su bienestar físico y psicológico de manera que le haga sentirse seguro y fomentará el autocuidado.

6 Bibliografía

- Revista scielo.
- Grupogamma.com
- Medes.com
- Kidney.org.
- Elsevier.es
- Pacienterenal.general-valencia.san
- Revistaseden.sd

Capítulo 177

IDENTIFICACIÓN DE LA DIABETES TIPO 2

MARÍA CAMPOS DIEGUEZ

INMACULADA VENTAS DIAZ

ISAMAR BARBERO ARENAS

1 Introducción

En este capítulo se habla sobre cómo educar al paciente frente a la enfermedad de la diabetes tipo 2, dado que es una patología en constante aumento.

Debido a esto, es de vital importancia educar a la población con factores de riesgo de desarrollar esta patología y prevenir el aumento con sus factores de riesgo y, en quien ya la padecen, la prevención de complicaciones asociadas y lograr un estilo de vida saludable, mejorando la calidad de vida del paciente.

La diabetes es una enfermedad en que los niveles de azúcar en el paciente son demasiados altos.

A través de los alimentos que ingerimos obtenemos la glucosa y gracias a una hormona llamada insulina hace que se libere hacia nuestro torrente sanguíneo, cuando se tiene diabetes el cuerpo no produce suficiente insulina y la glucosa permanece en la sangre o no ingresa lo suficiente en las células.

Debido a esto, la concentración de azúcar en sangre se ve altamente elevada y con ello puede provocar diversos problemas de salud.

La diabetes tipo 2 puede deberse a un conjunto de factores:

Sobrepeso u obesidad

No hacer ejercicio

Genética e historial familiar

Sin embargo se puede obtener mucha información sobre el cuidado de esta patología y tomar medidas para controlar la diabetes y prevenir problemas derivados.

2 Objetivos

- Lograr mantener conductas favorables para el manejo de su vida con la enfermedad.
- Prevenir y retrasar las complicaciones de la enfermedad.
- Conocer los signos y síntomas de la enfermedad.

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 publicados, apuntes de oposición de diferentes convocatorias correspondientes al temario específico para la categoría de técnicos en cuidados auxiliares de enfermería y artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

Como se ha descrito más arriba la diabetes tipo 2 es una patología que aumenta en pacientes, la cual es la forma en que el cuerpo regula y usa el nivel de azúcar como combustible.

Los altos niveles de glucosa en sangre pueden provocar trastornos en el sistema circulatorio, nervioso e inmunitario.

La diabetes tipo 2 se conocía como la diabetes de aparición adulta, pero la verdad es que tanto la diabetes de tipo 1 como de tipo 2 pueden aparecer en la niñez como en la edad adulta.

No existe cura para la diabetes de tipo 2, pero perder peso, llevar una alimentación adecuada y mantenerse activo físicamente puede ayudar a controlar

la enfermedad, si esto no fuera suficiente para controlar la glucosa en sangre, tal vez se necesite medicamentos para la diabetes o tratamiento con insulina.

Los signos y síntomas de la diabetes tipo 2 pueden ser los siguientes:

- Aumento de la sed
- Fatiga
- Pérdida involuntaria de peso
- Aumento del hambre
- Micción frecuente
- Visión borrosa
- Llagas que tardan en sanar
- Infecciones frecuentes
- Hormigueo en manos y pies
- Zonas oscurecidas en la piel

Los dos principales problemas de la aparición de la diabetes tipo 2 son:

Las células crean resistencia a la insulina y no liberan el azúcar necesario.

El páncreas no es capaz de producir la suficiente insulina para controlar los niveles de glucosa en sangre.

Llevar un estilo de vida saludable evita la aparición si tienes antecedentes en tu familia y si te diagnostican pre diabetes, los cambios en el estilo de vida puede ayudar o retrasar la progresión de la diabetes.

Llevar una vida saludable incluye:

- Mantener una vida activa
- Dieta saludable
- Bajar de peso
- Evitar falta de actividad durante periodos largos

Si el paciente con diabetes tipo 2 o con riesgo a padecerlo no lleva a cabo estas indicaciones de estilo de vida saludable, la diabetes puede afectar a muchos de los órganos principales.

Las posibles complicaciones de diabetes pueden ser:

- Enfermedades del corazón y los vasos sanguíneos
- Daño en los nervios de las extremidades
- Enfermedad renal
- Daño ocular
- Enfermedad en la piel
- Cicatrización lenta
- Deterioro de la audición

Apnea del sueño
Demencia

5 Discusión-Conclusión

Como se puede observar y después de recopilar la información sobre la diabetes de tipo 2 es necesario hacer hincapié a los pacientes en llevar a cabo un estilo de vida saludable para así evitar posibles complicaciones en la enfermedad.

Entre esas recomendaciones están las de mantener una vida activa con actividad aeróbica, consumir alimentos ricos en fibra con bajo contenido graso y pocas calorías, bajar de peso y evitar la falta de actividad en periodos largos de tiempo intentando levantarse cada 30 minutos y moverse.

También hemos aprendido algunos de los signos y síntomas sobre la enfermedad, y así poder identificarlo a tiempo y poder ayudar al paciente a prevenir el desarrollo de la diabetes y sus posibles complicaciones.

6 Bibliografía

- 1.<https://www.mayoclinic.org/es-es/diseases-conditions/type-2-diabetes/symptoms-causes/syc-20351193>.
- 2.<https://www.elsevier.es/es-revista-revista-medica-clinica-las-condes-202-articulo-educacion-en-diabetes-S0716864016300165>.
- 3-<https://medlineplus.gov/spanish/diabetestype2.html>.

Capítulo 178

ESTUDIO DEL BAZO

YASMINA BOUTANAACH ABDELKADER

LOURDES REY GUEVARA

GEMMA REY GUEVARA

MARTA GUEVARA SANCHEZ

1 Introducción

El bazo es un órgano presente en casi todos los vertebrados. Forma parte del sistema linfático y es el centro de actividad del sistema inmune, facilita la destrucción de glóbulos rojos y plaquetas viejos o caducos y durante el periodo fetal participa en la producción de hematíes nuevos (hematopoyesis).[1]

El bazo humano es aplanado y tiene forma ovalada, se encuentra situado en el cuadrante superior izquierdo del abdomen, próximo al páncreas, el diafragma y el riñón izquierdo. Es un órgano muy vascularizado y su lesión provoca sangrado interno importante y posiblemente letal. La esplenectomía permite una sobrevida con varias complicaciones y reglas a cumplir. el bazo es el mayor de los órganos linfáticos, está recubierto por el peritoneo, se sitúa en la región superior izquierda del abdomen, detrás del estómago y debajo del diafragma, unido a él por ligamento frenoesplénico. El bazo está sujeto por bandas fibrosas unidas al peritoneo (la membrana que reviste la cavidad abdominal). Se relaciona posteriormente con las 9°, 10° y la 11° costillas izquierdas. Reposa sobre la flexura cólica izquierda o ángulo esplénico del colon, unido a este por el ligamento esplenomesocólico, y hace contacto con el estómago por el epiplón gastroesplénico así como con el riñón izquierdo.

2 Objetivos

El objetivo de este artículo es que el lector pueda saber algo más que datos genéricos acerca del Bazo y vea su composición exacta, las diversas funciones que cumple en nuestro organismo e incluso como puede prevenir ciertas dolencias y enfermedades.

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

Los principales resultados que hemos obtenido es ver las siguientes enfermedades que se Dan en el bazo: esplenomegalia se utiliza para describir un aumento anómalo del tamaño del bazo que supera sus dimensiones normales. En condiciones normales, el bazo no es palpable en adultos. En determinadas enfermedades, el bazo aumenta de tamaño (esplenomegalia), lo cual permite su palpación. La exploración médica del bazo se divide clásicamente en dos fases, palpación y percusión.

La esplenomegalia no es una enfermedad en sí misma, sino un síntoma que puede deberse a numerosas causas. Algunas de las más frecuentes son las siguientes:

Hipertensión portal por alguna enfermedad del hígado, por ejemplo cirrosis hepática.

Procesos cancerosos como linfomas y leucemias.

Enfermedades infecciosas como la mononucleosis infecciosa, el paludismo y el kala-azar.

Enfermedades por depósito, entre ellas la enfermedad de Gaucher y de Neimann-Pick.

Anormalidades en los glóbulos rojos que causan atrapamiento de estas células sanguíneas en la pulpa roja del bazo, lo que provoca que este aumente de tamaño. Este mecanismo ocurre en la talasemia, la anemia de células falciformes y la anemia hemolítica autoinmune.

Esplenectomía es un término médico usado para referirse a la extirpación quirúrgica total o parcial del bazo cuando este se encuentra dañado por diversos motivos. Puede realizarse por medio de dos técnicas quirúrgicas diferentes: extirpación abierta o extirpación laparoscópica. Aunque el bazo no es un órgano vital, es decir una persona a la que se le ha extirpado puede seguir viviendo sin problemas aparentes, se ha observado que aquellos individuos que han sufrido una esplenectomía presentan infecciones graves por bacterias encapsuladas con una frecuencia entre 15 y 20 veces superior a la población general. Los agentes infecciosos más frecuentemente implicados son: *Streptococcus pneumoniae*, *Haemophilus influenzae*, *Neisseria meningitidis*, *Salmonella* sp., *Staphylococcus aureus* y *Escherichia coli*. Estas bacterias pueden causar meningitis, sepsis y neumonía.

5 Discusión-Conclusión

Las principales conclusiones obtenidas en este estudio han sido que el bazo cumple funciones tales como la Inmunidad humoral y celular, funciones hemáticas como la destrucción de glóbulos rojos, también hemos podido averiguar que los únicos vertebrados que carecen de bazo son las lampreas y los mixinos. Incluso en estos animales, hay una capa difusa del tejido hematopoyético dentro de la pared del intestino, que tiene una estructura similar a la pulpa roja y se presume que es homóloga con el bazo de los vertebrados superiores. Y por último la vascularización, lo cual nos indica que la sangre que irriga el bazo entra por la arteria esplénica, rama del tronco celiaco, penetrando en el órgano a través de una zona denominada hilio. Inmediatamente se ramifica en 2 ramas, una superior y otra inferior.

Estas ramas arteriales se dividen sucesivamente en otras más pequeñas, hasta formar las arteriolas centrales que forman la pulpa blanca.

6 Bibliografía

www.medline.plus.gov

Capítulo 179

LA ESTERILIZACION DEL MATERIAL SANITARIO

LAURA ANTUÑA MENENDEZ

ANA BELÉN GONZALEZ GONZALEZ

CARMEN ELVIRA RODRIGUEZ GOMEZ

1 Introducción

La esterilización es una técnica que consiste en la eliminación total de microorganismos, bacterias, virus, hongos y sus formas de resistencia de los objetos inanimados. Por lo tanto, se puede considerar el nivel más alto de seguridad y letalidad.

Una de sus principales características es que no debe ocasionar cambios en el funcionamiento ni apariencia de materiales, es aplicable a materiales que entrarán en territorio orgánico estéril o torrente sanguíneo y podemos decir que cuando hablamos de materiales esterilizados podemos decir que también son materiales asépticos.

Una de las funciones de los técnicos en cuidados auxiliares de enfermería, es la realización de la limpieza, desinfección y esterilización de los materiales, por lo que se tiene que seguir un proceso muy riguroso y minucioso para que los materiales queden bien esterilizados.

Los factores que afectan la eficacia de los procesos de esterilización son los siguientes:

- Número de microorganismos. Es fundamental para medir la eficacia de la esterilización.
- Materia orgánica. Es un factor modificable pero dificulta la eliminación de microorganismos en la esterilización.
- Tiempo. Es necesario un tiempo mínimo para eliminar todas las esporas.
- Temperatura.
- Humedad relativa. Cuando hay mayor humedad relativa, mayor contenido de agua en las células y se esteriliza de una forma mejor.
- Estandarización de la carga. Varía en función de la cantidad, volumen, tamaño y contenido de los paquetes.

2 Objetivos

- Resaltar la importancia del proceso de esterilización dentro de la limpieza del material sanitario.
- Informar del proceso adecuado a todos los sanitarios para una correcta esterilización.

3 Metodología

Para la elaboración de este capítulo se ha recabado información en diferentes libros sanitarios destinados a los técnicos en cuidados auxiliares de enfermería, como el libro Evangelina, y diferentes manuales de uso. También he buscado información en diferentes páginas especializadas en el ámbito sanitario.

4 Resultados

Dentro de la esterilización de materiales sanitarios, podemos diferenciar dos tipos de procesos: la esterilización por agentes físicos o la esterilización por agentes químicos. En cualquiera de estos dos procesos, para que fuese una esterilización completa e idealizada, tendría que cumplir con los siguientes aspectos:

- Tendría que tener el máximo poder de destrucción, es decir, destruir todo tipo de bacterias, esporas, virus y hongos.
- Seguir un proceso seguro, sencillo e inofensivo para todo el personal sanitario que lo realice.
- Posibilidad de monitorizarlo o controlarlo.

- Tiene que ser válido para cualquier material sin que sufra ninguna modificación.

- Tiene que representar un bajo coste económico y un gran rendimiento.

Dentro de los procesos físicos podemos destacar tres procesos más usados: por calor húmedo (autoclave), por calor seco (estufas y hornos) y por irradiación (rayos gamma o ultravioleta).

Mientras que los procesos químicos los más usados son por gases (óxido de etileno y gas plasma de peróxido de hidrógeno) y por líquidos (glutaraldehído).

El más usado hoy en día es el proceso de esterilización por autoclave. Consta de un depósito cerrado de acero inoxidable que se puede encontrar en diferentes modelos y capacidades, tiene una tapa que se cierra herméticamente y un manómetro para controlar la presión interna del aparato. También cuenta con una válvula de seguridad automática que se abre en caso de que se alcance una presión peligrosa. Durante este proceso de esterilización el calor húmedo coagula las proteínas de microorganismos y los desnaturaliza.

Los materiales que se pueden esterilizar con este método son: material textil, de goma y vidrio y aquel que lo indique el fabricante, todo tipo de instrumental para cirugías de acero inoxidable y también esteriliza soluciones acuosas.

Dentro de las ventajas que representa este método de esterilización, podemos destacar las siguientes:

- ☒ Menor coste de operación respecto a otro tipo de esterilización.

- ☒ Elimina los priones de una manera efectiva.

- ☒ Es un método seguro de utilizar ya que no presenta toxicidad para el personal sanitario que lo emplee ni para el medio ambiente.

- ☒ Los ciclos de utilización suelen ser bastantes cortos, alrededor de una hora.

5 Discusión-Conclusión

Es una función esencial del técnico en cuidados auxiliares de enfermería conocer los diferentes métodos de esterilización y saber cuándo utilizar cada método, ya que, en caso de una mala esterilización de material, podría significar un alto riesgo para el paciente, incluso podría llegar a ser mortal.

Además, antes de proceder a la esterilización de cualquier instrumento u objeto, tienen que tener toda la información acerca de él: de donde viene, cómo se tiene que esterilizar, cuáles son sus riesgos... Y tienen que conocer perfectamente el plan de actuación en caso de que entren en contacto con el material antes de esterilizar para evitar riesgos.

Para ello, se debería de dar más información y prácticas a los sanitarios encargados de ello y fomentar dentro de los hospitales reuniones y cursos para mejorar el proceso.

6 Bibliografía

1. Libro Evangelina.
2. https://www.aragon.es/documents/20127/674325/04-2-Taller_4.pdf/c9e87264-a088-385b-f67a-d02db5e901e0
3. <https://www.formacurae.es/wp-content/uploads/2019/12/TEMA-14-1.pdf>
4. Apuntes Centro Europeo de Formación, curso 2020/2021 en Técnico Auxiliar de cuidados de Enfermería, Higiene del Medio Hospitalario.

Capítulo 180

EL PAPILOMA HUMANO

LAURA ANTUÑA MENENDEZ

CARMEN ELVIRA RODRIGUEZ GOMEZ

ANA BELÉN GONZALEZ GONZALEZ

1 Introducción

El papiloma humano, también conocido como el VPH, es un virus de transmisión sexual y suele ser un virus inofensivo y normalmente no necesita tratamiento ya que tiende a desaparecer solo. Se suele infectar la mayoría de las personas al iniciar sus relaciones sexuales y no utilizar protección, el condón de latex. También se puede contagiar a través de algún corte, abrasión o desgarro de la piel al entrar en contacto con ella.

En algunos casos puede no llegar a aparecer ningún síntoma y en otros ser más grave y tener duras consecuencias. Algunas de ellas pueden ser la aparición de verrugas genitales, que no se transmiten sexualmente, (son como otro tipo de verrugas comunes como las que salen en las manos,) o puede provocar algo tan grave como un cáncer.

Existen muchos tipos y variantes de este virus, hay más de 200, y algunos de ellos son de alto de riesgo. Otros tipos de VPH se conocen como VPH de alto riesgo. A veces, el sistema inmunitario del cuerpo puede deshacerse de esta infección, pero a algunas personas la infección se les complica llegando a durar años, la infección puede convertir a las células normales en lesiones precancerosas o en cáncer.

2 Objetivos

Dar a conocer el virus del papiloma humano y la importancia de la vacuna para prevenirlo

3 Metodología

Hemos consultado diversas páginas de internet para la elaboración de este capítulo, citadas en la bibliografía. También nos hemos basado en nuestra propia experiencia con este tema a la hora de vacunar a familiares cercanos, buscando información antes de poner la vacuna y conociendo más el tema.

4 Resultados

La vacuna es muy importante para la prevención de esta enfermedad y actualmente está subvencionada por la seguridad social, pero solo en caso de niñas. La vacuna no protege a las personas contra cepas del VPH que ya la habían infectado antes de vacunarse. La forma más eficaz de prevenir las infecciones por el VPH consiste en vacunarse antes de mantener relaciones sexuales y en edad comprendida entre 9 y 26 años. Para niños es de 9 a 14 años, la vacuna se administra en dos inyecciones que se aplican a lo largo en un período de seis a 12 meses y para adolescentes y adultos jóvenes, de entre 15 y 26 años de edad, se administra en tres inyecciones a lo largo de un período de seis meses.

La vacuna tiene más efecto cuando se reciben todas las inyecciones según este calendario de vacunación. Si no has cumplido los 26 años y te has saltado alguna inyección, aún te puedes poner al día.

Aunque ya hayas mantenido relaciones sexuales, esta vacuna sigue siendo la mejor forma de protegerte contra las cepas del virus con las que todavía no has entrado en contacto. Los pediatras recomiendan la vacuna también para niños, pero desgraciadamente a éstos no se les subvenciona. Aunque también pueden contraer el virus y desarrollar y propagar la enfermedad. El precio de esta vacuna es bastante elevado, más de cien euros y hay que poner dos o tres dosis dependiendo de la edad.

También es muy importante el trabajo de prevención de todo el personal sanitario hacia la ciudadanía, dando a conocer este virus, sus riesgos y consecuencias y cómo evitar contagiarse con unas buenas medidas preventivas, además de la vacuna.

5 Discusión-Conclusión

El tabaco, el uso continuado durante mucho tiempo de la píldora anticonceptiva, la inmunodepresión, pacientes con VIH, etc. son factores de riesgo para las mujeres a la hora de contraer este virus. Es muy importante la prevención o en su defecto un diagnóstico y tratamiento precoz, revisiones ginecológicas habituales que pueden ayudar a que sea una enfermedad curable si se averigua en los primeros estadios de la misma. El hombre además de transmisor, también puede padecer esta enfermedad y sufrir un cáncer de pene o cáncer de orofaringe. Este tipo de virus de transmisión sexual, puede llegar a provocar cáncer. El cáncer de cérvix o útero suele afectar a mujeres entre 35/50 años.

6 Bibliografía

1. https://www.salamanca24horas.com/local/ginecologos-insisten-en-vacunacion-contravph-realizacion-citologias-prevenir-cancer-cuello-utero_15034074_102.html
2. <https://www.mayoclinic.org/es-es/diseases-conditions/hpv-infection/symptoms-causes/syc-20351596>
3. <https://www.plannedparenthood.org/es/temas-de-salud/enfermedades-de-transmision-sexual-ets/vph>
4. <https://kidshealth.org/Nemours/es/teens/hpv-vaccine.html>

Capítulo 181

¿QUÉ ES LA CELIAQUIA?

ANA BELÉN GONZALEZ GONZALEZ

LAURA ANTUÑA MENENDEZ

CARMEN ELVIRA RODRIGUEZ GOMEZ

1 Introducción

La celiacía es una intolerancia a algunos alimentos, más concretamente algún tipo de cereales y afecta entre un 1% y 2% de la población española. Esto quiere decir que en España puede haber entre 450.000 y 900.0000 personas celiacas.

Muchas personas no saben que padecen esta intolerancia, incluso a veces se enteran cuando son muy mayores. Si no se diagnostica pronto, esto puede derivar en otras enfermedades asociadas a la celiacía.

Hay un tipo de celiacía que no responde a la dieta, se llama celiacía refractaria y puede ser que se acaben produciendo linfomas (tipo de cáncer del sistema linfático que es parte del organismo que combate los gérmenes). Hay un porcentaje de población que son asintomáticos, por lo que es muy difícil llegar a diagnosticar la enfermedad mientras que otras personas tienen todos los síntomas e incluso así tardan en diagnosticar la enfermedad.

Debido a esto es muy importante la formación continuada dentro de todo el sector sanitario, no sólo en medicina especialista, sino también en enfermería y no esta demás tampoco que los técnicos auxiliares de enfermería tengan también ciertos conocimientos. Como sabemos, todos los sanitarios formamos parte de

un equipo y trabajando juntos se pueden lograr muchas más cosas, sobre todo por el bienestar del paciente.

¿Qué es la Celiaquía o que la causa?

La celiarquía es una intolerancia a ciertos alimentos, sobre todo cereales como son: el trigo, la avena, el centeno, el triquitale, la espelta, etc. y productos derivados de estos. Los síntomas que se pueden padecer, si la persona no es asintomática, son los siguientes: descomposiciones continuas, barriga hinchada y abultada, vómitos, irritabilidad en el carácter, dermatitis atópica, desnutrición, falta de crecimiento, anemia, etc.

¿Qué sucede cuando una persona con intolerancia, toma gluten?

Si una persona con intolerancia toma gluten habitualmente, ya porque no se ha diagnosticado aun la enfermedad, o porque no sigue la dieta prescrita, lo que pasa en el organismo al ingerir estos alimentos, es que se van erosionando las vellosidades del intestino que son las encargadas de absorber los nutrientes en el proceso de digestión y llevarlo al torrente sanguíneo. Por eso al no hacer esta función debido al daño ocasionado, se puede demostrar una falta de crecimiento, desnutrición, anemia... entre otras afecciones. Esto ya sería causa de alarma para hacer una investigación en el paciente.

Si la ingesta de gluten continua durante un largo periodo de tiempo, la erosión en el intestino será mayor, haciendo que desaparezcan las vellosidades intestinales y llegando a poder crear una ulcera intestinal.

La celiarquía actualmente no tiene tratamiento, lo mejor que se puede hacer es detectarlo lo más pronto posible. Para esto es necesario conocer los síntomas que lo desencadenan y hacer una analítica ante las primeras sospechas. La biopsia también es una prueba que demuestra que se es celiaco y es más fiable que la analítica.

Cuando un bebé toma leche materna y al introducir el biberón o las papillas con cereales empieza a tener descomposiciones continuas, el crecimiento se estanca, está irritable, tiene dermatitis... Llegados a este punto se deben tomar medidas y cuanto antes se detecte antes empezará a hacer la dieta sin gluten y antes se notará una mejora. Además, si es un niño se acostumbrará mejor a esta alimentación, ya que el sabor no es igual por ejemplo en la pasta, el pan o la repostería que en la que contiene gluten.

2 Objetivos

Describir con detalle en qué consiste la enfermedad celíaca

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

Muchas veces no se diagnostica esta enfermedad todo lo pronto que se debiera. Por eso es imprescindible que todos los profesionales de los sistemas de salud que atienden a las personas sean capaces de detectar los signos, síntomas de esta enfermedad tanto *médic@s*, como *enfermer@s*, *técnic@s* auxiliares de enfermería, etc. Cuanto antes se identifique la enfermedad mejor vida tendrá la persona y podrá informarse acerca de los alimentos que puede ingerir y cómo prepararlos. El gobierno debería dar ayudas a las personas que padecen esta enfermedad, ya que a día de hoy comprar este tipo de alimentos es un gran esfuerzo para muchas familias ya que el precio comparado a un producto con gluten suele ser el doble o el triple. O en su defecto que el gobierno exija que bajen el precio de los productos de este tipo. El precio de una compra semanal para un celiaco se incrementa en 21,42 euros por cada miembro celiaco, 1028.22 euros anuales como mínimo. Hay que tener en cuenta que esta dieta no es una opción, ni un capricho, ni una moda. Para una persona con esta enfermedad es una cuestión de salud. Esta dieta deberá hacerla toda la vida mientras no exista un avance en la medicina que nos diga lo contrario.

Un problema bastante grande y frustrante para los celiacos aparece cuando se quiere comer fuera de casa. Hoy en día hay mucha información y cursos para restaurantes, locales de comidas, kioscos, sobre alérgenos, pero aún queda mucho camino por andar. También debería haber más opciones de comidas. Con un poco de información, de saber hacer las cosas bien y un poco de empatía se pueden lograr muchos cambios beneficiosos para todo el mundo.

5 Discusión-Conclusión

La información para los sanitarios, así como para los servicios expendedores de comidas es primordial, para que un celiaco lleve una vida más normalizada y sana. Si se imparten cursos para tener información actualizada, conocimientos específicos sobre la celiarquía y los alimentos sin gluten, así como su elaboración y manipulación sería un gran avance. El gobierno aquí tiene un papel importante, debe darse cuenta que debe tomar medidas, las personas celiacas tienen que alimentarse como todo ser humano pero no pueden permitirse hacerlo a precio de oro. Es importante que den ayudas ya que es un problema esencial que tiene que acarrear día a día y no es algo que puedan evitar.

6 Bibliografía

1. <https://www.schaer.com/es-es/a/historia-celiaquia-todo-enfermedad-autoinmune>.
2. <https://celicidad.net/las-cifras-la-celiaquia#:text=-Entre%20un%201%20y%20un,los%20celiacos%20no%20est%C3%A1n%20diagnosticados>.
3. <https://www.eleconomista.es/economia/noticias/8998070/03/18/Cuanto-gasta-de-mas-un-celiaco-en-la-cesta-de-la-compra.html>.
4. <https://celiacos.org/informe-de-precios/>.

Capítulo 182

QUE ES LA ATENCION PRIMARIA Y PAPEL DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) EN LA MISMA

ESTHER GARCIA ALVAREZ

MONICA ARDURA RODRIGUEZ

LETICIA SUÁREZ LEAL

ANA ISABEL PRENDES FERNÁNDEZ

MARÍA GRANDA ÁLVAREZ

1 Introducción

Se denomina Atención Primaria a la atención básica del sistema de salud, cuyos principales objetivos serían el diagnóstico y tratamiento de enfermedades comunes así como la prevención, detección temprana de patologías y brotes, inmunización, rehabilitación y promoción de la salud entre otros.

Dicha atención estará basada en métodos y tecnologías sencillas que están científicamente probadas.

La salud es un derecho fundamental que debe estar al alcance de cualquier individuo, familia o comunidad mediante su plena participación y con costos asumibles por la población y por el estado.

Es uno de los pilares básicos del sistema de salud, y que influye en gran medida en la calidad de vida de la población a la que presta sus servicios.

El TCAE, técnico en cuidados auxiliares de enfermería, forma parte del personal sanitario en la atención primaria, su papel del apoyo al médico y la enfermera será fundamental para proporcionar al usuario o paciente una atención integral y de calidad. La clave de este profesional sanitario está en la palabra "cuidar" que según la RAE es poner atención y solicitud al ejecutar una acción. Como se mencionará más adelante, técnica, ética, respeto y compasión son la base en la cual todo TCAE debe realizar su trabajo.

2 Objetivos

Describir la importancia y función del TCAE en la atención primaria

3 Metodología

Este sistema de atención primaria, realiza su trabajo partiendo de una zona geográfica determinada y delimitada, lo que garantiza la accesibilidad geográfica de la población al centro de Atención Primaria o Centro de Salud, denominada Zona Básica, que puede comprender desde barrios a ciudades enteras, incluyendo las zonas rurales, en estas últimas podrá haber más de un centro para cubrir la dispersión de la población.

El Centro de salud es la estructura física, local o edificio, en la cual prestan servicio una serie de profesionales de la salud, administrativos, mantenimiento y limpieza, entre los cuales se encuentra el TCAE o auxiliar de enfermería.

El TCAE es un profesional de la salud de grado medio que forma parte del equipo de enfermería.

Su cometido es prestar cuidados básicos a los pacientes.

Desarrolla su trabajo en diversas áreas sanitarias, siendo una de ellas la atención primaria.

En un centro de salud además de dar cuidados básicos a los pacientes, colabora y apoya a enfermeras, médicos y otros profesionales sanitarios.

4 Resultados

El trabajo del TCAE está definido en el Real Decreto de estructuras básicas de la salud de 1984 y la cantidad de tareas que desempeña en el centro de salud es

variada y extensa ya que ademas de los cuidados a los pacientes trabajara a cargo de varios médicos y enfermeras.

A continuación se enumeran y describen algunas de ellas.

- Se encarga de el stock y de los pedidos de materiales usados para el diagnostico y tratamiento del paciente.
- Realizara la limpieza y esterilización del material, así como de la limpieza de elementos usados en para atender a los pacientes como,carros de curas, tensiómetros, etc.
- Organiza y repone materiales en las consultas, salas de curas, urgencias etc.
- Preparara los materiales necesarios que el médico o la enfermera necesiten en cada caso.
- Supervisados por enfermería ayudara en la realización de pruebas diagnosticas, toma de constantes, realización de curas y tramitación y recepción de muestras.
- Se encargará tambien del traslado y custodia de expedientes y documentación dentro del centro, respetando en todo momento la ley de confidencialidad al respecto.
- Participara en programas de detección y prevención de la salud según indiquen dichos programas.
- Ayudara al paciente sus traslados y movilizaciones en el centro en ausencia de celadores y en tareas como el vestido y desvestido en consulta, acortando así los tiempos de espera y aumentando la calidad del servicio.
- El TCAE deberá tener siempre en cuenta la comodidad del paciente. Ya sea ayudándole en tareas que este no pueda realizar, como orientándole y explicándole dentro de sus posibilidades y categoría profesional.
- En caso de existir especialidades en el centro, tales como Salud Mental, Rehabilitación etc sus tareas se ampliaran a dichas especialidades.

5 Discusión-Conclusión

El TCAE en atención primaria desarrolla un importante trabajo dentro del equipo de enfermería, siempre en colaboración con los demás profesionales sanitarios y con el resto de personal del centro.

Este trabajo no solo se compondrá de múltiples y diversas tareas,sera ademas desarrollado con una ética basada en el respeto a la dignidad de las personas.

El arte de cuidar deberá aunar los conocimientos técnicos y la sensibilidad dando lugar a la compasión entendida como hacer el bien, principio de beneficencia y mantendrá siempre al paciente en el centro de la acción.

Con todas estas características el TCAE contribuirá a un aumento en la calidad de los cuidados básicos que proporciona la Atención Primaria.

6 Bibliografía

- ELSEVIER
- LOGOS
- ASISMED-L
- Sanidad.gob.es
- aeteys.es
- Revistamedica.com

Capítulo 183

CUIDADOS DEL PACIENTE OSTEOMIZADO

INMACULADA VENTAS DIAZ

ISAMAR BARBERO ARENAS

MARÍA CAMPOS DIEGUEZ

1 Introducción

La ostomía es el procedimiento o intervención quirúrgica por el cual se abre un orificio artificial en el abdomen para la eliminación del contenido intestinal.

A través de la estoma, van a salir heces, orina y gases sin que el paciente tenga un control voluntario de la expulsión, por lo que va a ser necesario utilizar dispositivos para su recogida.

Las más frecuentes en el aparato digestivo son:

Colostomía ascendente: se realiza sobre el colón ascendente, el paciente elimina heces acuosas o semisólidas de manera casi continuas.

Colostomía transversal: se realiza sobre el colón transversal y las heces suelen ser semisólidas.

Colostomía descendente o sigmoidea: se practica sobre el colón descendente o sigmoide es la más común de toda y las heces están formadas y tienen consistencia.

Ileostomía: se realiza sobre el Íleon.

Causas de una ostomía

Son muy diversas, pueden estar producidas por diferentes tipos de cáncer, enfermedades inflamatorias gastrointestinales, accidentes de tráfico, accidentes domésticos, etc.

Tipos de dispositivos

Existen diferentes tipos de dispositivos; el paciente elegirá el más adecuado según las características de su estoma y de cual le resulte más cómodo. dispositivos cerrados, se utiliza para estomas con heces sólidas y abiertos para utilizarlas en heces líquidas o semilíquidas. bolsas con grifo, sistemas de una o dos piezas, transparentes, opacos, etc.

Todos los dispositivos tienen un filtro en las bolsas para eliminar el mal olor. Hay que tener en cuenta que la estoma se suele reducir durante los primeros meses después de la intervención, por lo que habrá que medirlo habitualmente.

2 Objetivos

Describir los cuidados del paciente osteomizado por parte del técnico en cuidados auxiliares de enfermería (TCAE)

3 Metodología

Para la elaboración de este capítulo se ha realizado una búsqueda de libros publicados , revistas , artículos y apuntes de oposiciones de diferentes convocatorias sobre temarios de la categoría técnico en cuidados de enfermería relacionados con los cuidados del paciente osteomizado.

4 Resultados

Cuidados del estoma:

La higiene y cuidados del estoma son diarias.

Lavar el estoma con suero fisiológico y secar con gasas, si sangrara un poco, presión y la hemorragia se cortará enseguida. Al caer los puntos de sutura, se debe lavar con agua y jabón suave. No usar demasiado jabón para no lesionar la mucosa. Secar sin frotar con una toalla de algodón. No utilizar elementos irritantes, como alcohol, colonia, etc.

Para recortar la placa, hay que medir el diámetro del estoma.

No usar crema corporal alrededor del estoma ya que no quedara pegada la bolsa correctamente.

Puede ducharse con el dispositivo o sin él. Si lo hace sin el deberá tener cuidado para que el agua no esté demasiado caliente y no caiga sobre el estoma. Si se ducha con él, debe tapar el filtro de la bolsa si lo lleva, para que no se moje, porque perdería eficacia.

Si hay vello alrededor del estoma recortarlo con unas tijeras, no afeitarlo ni usar cremas depilatorias, para evitar que la bolsa se despegue.

Si tiene una urostomía, deberá limpiar el moco que se forma en el estoma para evitar que se obstruya.

Siempre llevar el material oportuno consigo mismo por si hiciera falta hacer un cambio de dispositivo.

CAMBIO DE DISPOSITIVOS:

Dependerá del estoma que lleve el paciente y de la dieta que tome:

Si se usa el dispositivo de una pieza, se cambiará cuando este por la mitad mas o menos. Lo normal es cambiarlo dos o tres veces al día.

Si es el de dos piezas, la bolsa se cambiará igual y la placa se cambiará cada 3 o 4 días, cuando exista fuga o no esté bien colocada, para evitar erosiones e irritaciones en la piel.

Si la bolsa es abierta se vaciará cuando lo necesite el usuario y se cambiará cada 24-48 horas; si es cerrada, se cambiará cuando esté por la mitad.

5 Discusión-Conclusión

El paciente ostomizado sufre un fuerte impacto de su imagen corporal, provocando trastornos psicológico y social. Los técnicos auxiliares de enfermería deben ayudar al paciente a familiarizarse con los dispositivos y ayudar a llevar un buen cuidado.

Las complicaciones que presentan los pacientes ostomizados emergen a su calidad de vida y a su imagen corporal.

Es importante ayudar al autocuidado del paciente tanto en el hospital como cuando son dados de alta y están en su domicilio, para lograr su autonomía e independencia. También ayudaremos al paciente sobre su baja autoestima si lo llegara a necesitar.

Asesoraremos a la familia para que se sientan apoyados.

6 Bibliografía

1. <https://iqaquiron.com/portal/cuidados-y-recomendaciones-al-paciente-osteomizado/>
2. <https://www.revista-portalesmedicos.com/revista-medica/cuidados-de-enfermeria-en-pacientes-ostomizados-revision-bibliografica/>
3. www.mhe.es/cf/sanidad

Capítulo 184

CUIDADOS DEL PACIENTE PALIATIVO POR PARTE DEL TECNICO EN CUIDADOS DE ENFERMERIA

ISAMAR BARBERO ARENAS

INMACULADA VENTAS DIAZ

MARÍA CAMPOS DIEGUEZ

1 Introducción

Los cuidados paliativos comprenden la atención de los aspectos físicos, emocionales, sociales y espirituales de las personas en situación de enfermedad terminal.

Estaremos ante una enfermedad:

- Avanzada
- El pronóstico de vida del enfermo es limitado.
- La posibilidad de respuesta a los tratamientos específicos es muy escasa
- Evolucionan de forma oscilante y con frecuentes crisis de necesidades.
- Causa un intenso impacto emocional en el paciente y en su familia.
- Incurable.

Las personas pueden presentar diferentes síntomas, dependiendo de la enfermedad y de la fase de la enfermedad en la que se encuentre. El dolor es uno de los síntomas más frecuentes y que antes se identifica, también es el más temidos, aunque es el más controlados, gracias los tratamientos que existen hoy en

día. Otros síntomas son el insomnio, vómitos, náuseas, pérdida de apetito, estreñimiento, asfixia etc. También pueden provocar miedo, ansiedad y depresión. Las enfermedades terminales más comunes es el cáncer.

Los familiares se encuentran más satisfechos cuando pueden participar en el cuidado de su familiar, sienten que se respeta la voluntad del paciente.

La atención domiciliaria en los cuidados paliativos requiere una coordinación entre los familiares, cuidadores, el centro de salud y el hospital.

El paciente y la familia siempre es la unidad a tratar.

2 Objetivos

Conocer los cuidados al paciente paliativo por parte del técnico en cuidados auxiliares de enfermería (TCAE).

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

El técnico en cuidados de enfermería proporciona una serie de cuidados dependiendo de la necesidad del paciente.

Siempre se procurará en lo mayor posible la intimidad del paciente

Se le realizara la higiene diaria para que en paciente se encuentre más cómodo.

Siempre haciendo hincapié en los pliegues y a continuación hidrataremos la piel.

Se realizara el cambio de sabana las veces que sea necesario.

Se prestará atención al cuidado bucal donde usaremos torundas impregnadas en enjuague bucal, se hidratarán los labios.

Se adaptará la alimentación según sus necesidades y gustos y teniendo en cuenta la tolerancia. Se insistirá si es posible en la ingesta de líquidos, pero nunca se forzará la ingesta.

Favorecerá el descanso durante la noche y la actividad durante el día

Proporcionará al paciente un ambiente lo más relajado posible, facilitando su descanso utilizando técnicas de relajación u otras actividades que favorezcan el reposo.

Estimulara la movilización fuera de la cama, dando cortos paseos o realizando movilizaciones activas o pasivas según el caso.

Favorecerá la intimidad a la hora de las eliminaciones, se usará los dispositivos adecuados en caso de incontinencia.

Nos aseguraremos que el paciente recibe correctamente el tratamiento pautado por el médico. Ante el dolor se le aplicara además de los medicamentos prescritos, masajes de frio o calor etc.

Se fomentará la comunicación entre el paciente y la familia apoyándoles emocionalmente en todo momento. Animando a los familiares a realizar actividades que ayuden en el cuidado del enfermo para evitar sentimiento de culpas y favorece a las reconciliaciones.

Se conservará una comunicación honesta y sincera con el paciente durante todo el proceso, respetando en todo momento sus derechos y decisiones.

Nunca se darán falsas ilusiones ni esperanzas.

5 Discusión-Conclusión

Ser un personal cercano, empático es lo que el paciente y el familiar necesitan para enfrentarse a esta nueva etapa, por eso nuestra labor como personal es el de potenciar, respetar y llevar a cabo esta labor con la mejor profesionalidad

Es muy importante cubrir y responder las necesidades psicológicas por lo que hay que dejar que tanto el paciente como la familia expresen sus miedos e inquietudes.

Se acompañará y ayudaremos al enfermo respetando sus creencias.

Hay que interpretar paliativo no como aliviar sin curar sino como aliviar los síntomas psicológicos, físicos, sociales y espirituales.

Una de nuestras funciones es conseguir su máximo bienestar y evitar su sufrimiento.

6 Bibliografía

<https://docplayer.es/97837797-Técnico-en-cuidados-de-enfermería-tcae-enfermedades-terminales-cuidados-paliativo.HTML>

http://www.auxiliar-enfermeria.com/auxiliar_paliativos.htm

Capítulo 185

UN TRABAJO EN EQUIPO: LAS MOVILIZACIONES DEL PACIENTE, UN CUIDADO BÁSICO

MARIA DEL PILAR PÉREZ BURGOS

MARIA GEMA GARCIA CONSUEGRA GARZAS

CELIA DÍAZ SALAZAR GARCÍA RAYO

MARÍA DEL ROSARIO MARTÍN LOZANO

MARIA DEL ROSARIO BURGOS BECERRA

1 Introducción

El movimiento es una capacidad inherente al ser humano. Esto da autonomía a la persona para relacionarse con el entorno. Si esta capacidad se ve mermada se produce un deterioro de las capacidades motoras.

Las actividades de la vida diaria y las instrumentales se ven deterioradas y el paciente se ve obligado a permanecer largo tiempo encamado favoreciendo el deterioro de las capacidades motoras.

La etiología de la inmovilización es variada como:

- Consecuencia de la enfermedad.
- Consecuencia del tratamiento.
- Reacción del paciente ante la enfermedad.

El cuidado de la persona encamada es realizado desde las instituciones sanitarias, sociosanitarias y desde el propio domicilio.

Las alteraciones que se presentan en los diferentes sistemas debido a la inmovilidad pueden ser:

- Deterioro cognitivo.
- Disminución de la capacidad de movilizar la mucosa.
- Riesgos de tromboembolismos.
- Debilidad muscular.
- Pérdida de apetito.
- Infecciones urinarias.
- Alteraciones metabólicas.
- Alteraciones de la piel.

Dependiendo del sistema afectado por la inmovilización surgirán nuevos problemas para el paciente afectando más a unos sistemas que a otros con un alto coste para el sistema sanitario ya que no sólo habría que costear la rehabilitación, sino que el propio paciente a nivel psicológico al verse deteriorado precisa una atención.

Partiendo de la base que el paciente debe ser considerado el centro de la atención sanitaria se debe promover todas las actividades para que su recuperación sea rápida por ello se debe movilizar de acuerdo a los protocolos instaurados.

2 Objetivos

Explicar el procedimiento para realizar las movilizaciones del paciente.

3 Metodología

Para la elaboración y descripción del presente capítulo se ha realizado una revisión bibliográfica con la búsqueda metódica de libros y también se han examinado artículos y estudio de casos en las principales bases de datos recopilando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas recientemente.

Se realizó una búsqueda en las listas de bibliografía de todas las publicaciones obtenidas y pertinentes, identificadas mediante estas estrategias, y de otras revisiones que se consideraron de interés.

En dicha revisión, se incluyeron artículos que contenían en el título al menos dos de las palabras clave. Palabras claves: movilización, cuidados, integridad piel y cambio postural.

4 Resultados

Antes de realizar cualquier tipo de movilización a un paciente se debe:

- Informar del procedimiento.
- Respetar la intimidad del paciente.
- Preparar todo lo necesario.

Los cambios posturales deben realizarse cada 2-3 horas para asegurar la postura correcta. Los cambios posturales deben ser individualizado según el tratamiento terapéutico que se quiera o se debe realizar en busca de unos beneficios.

Los cambios posturales deben llevarse a cabo evitando la fricción, la cizalla y la presión ya que favorece las úlceras por presión. La piel en todo momento debe estar limpia, seca y sin arrugas a la hora de movilizar.

Se puede hacer uso de cualquier dispositivo que amortigüe y favorezca la posición ya sean taloneras, cuñas etc.

Ante todo, se debe pensar en la movilización precoz para evitar problemas posteriores.

A hora de movilizar a una paciente se debe tener en cuenta:

Si el paciente no colabora:

El desplazamiento del paciente hacia cualquier posición se realizará por dos personas colocadas a ambos lados de la cama, hacia la cabecera de la cama.

La movilización se puede realizar con o sin sábanas, pero en todo momento se realiza en posición de supino colocando los brazos bajo la espalda y glúteos del paciente en el caso de no usar la sábana. Se debe dejar la cama sin arrugas.

En el caso de usar sábana se retira la almohada y sujeta la sábana por ambos lados lo más cerca del paciente y se desplaza al paciente.

En el desplazamiento lateral se va a realizar en tres tiempos, en un primer momento la parte superior, luego la medio y por último la inferior.

La movilización sin sabana implica entrelazar los brazos a la altura de la espalda y la cadera con el otro profesional para desplazar al paciente al borde.

La movilización con sábana se trata de llevar la paciente al borde con la sábana lo más pegada posible al cuerpo del paciente y retirando la almohada.

Este tipo de movilizaciones implica un gran trabajo en equipo y conocimiento de las técnicas de ergonomía.

En los movimientos de decúbito lateral ya sea izquierdo o derecho se debe colocar al paciente en el extremo contrario al que se quiere girar y utilizamos apoyos para conseguir la forma más anatómica posible. Es primordial la colocación del hombro para evitar problemas.

En el paso de la supinación a la sedestación, se colocará la cama articulada en

posición de fowler superior y se vigilará la aparición de mareos o vértigos. Esta movilización puede realizarla una persona.

Si el paciente colabora, las movilizaciones pueden ser realizadas por una sola persona y llevan consigo un mayor estado de bienestar en el paciente pues colabora en su realización por lo que se siente participe de su proceso de rehabilitación.

En el desplazamiento hacia la cabecera, se pide al paciente que se agarre al cabecero y flexione las piernas y el profesional le ayuda desde la pelvis para impulsarlo a la cabecera.

En la movilización por dos personas, se pasa los brazos por debajo de la espalda del paciente a la vez que flexiona las piernas y se eleva hacia el cabecero.

En las movilizaciones de los decúbitos laterales, el profesional colocará las manos en el hombro y caderas más alejado para voltearlo hacia él. Se colocan los dispositivos de apoyo necesarios. Se debe cerciorar de la adecuada colocación del hombro.

El proceso hacia la sedestación es un paso hacia la rehabilitación avanzado por lo que se coloca al paciente en decúbito lateral y con la ayuda del brazo que está más cerca del borde la cama se apoya para impulsarse. Esto debe supervisarse en todo momento. El paciente se incorpora, gira las piernas para dejarlas colgando de la cama. Se espera por si surgen mareos y con la ayuda de los brazos del profesional se apoya el proceso.

Estos son los movimientos básicos que se realizan a los pacientes:

- Decúbito supino.
- Decúbito lateral ya sea izquierdo o derecho.

Existen otra serie de movilizaciones que se realizan para realizar diferentes técnicas pero se debe priorizar las movilizaciones hacia posiciones anatómicas para favorecer una estancia menor en los centros hospitalarios.

5 Discusión-Conclusión

Las movilizaciones de los pacientes ya sea de forma autónoma o con apoyos son la base para evitar muchos problemas en el proceso de rehabilitación del paciente siendo uno de los principales las úlceras por presión. Estas lesiones merman los recursos sanitarios más de lo esperado. Por ello se promueven las movilizaciones como sistema de prevención.

El movimiento es un factor intrínseco que perjudica o favorece dependiendo del estado en que se encuentra el paciente. Este hecho debe ser una prioridad para favorecer la rehabilitación del paciente.

Dada la importancia de esta lesión en el sistema sanitario se deben aplicar las medidas preventivas oportunas para lograr el bienestar y la salud del paciente evitando el consumo de los recursos sanitarios que conlleva la curación de las úlceras.

En definitiva, el cambio postural de los pacientes que se atienden en el centro hospitalario es la medida preventiva primordial para evitar problemas más graves que desgastan al paciente, a los profesionales, al entorno, en una palabra, al sistema.

6 Bibliografía

- <https://www.revista-portalesmedicos.com/revista-medica/movilizacion-en-el-paciente-encamado-objetivo-y-procedimiento/#::text=que%20puede%20colaborar.-,Situarse%20en%20el%20lado%20de%20la%20cama%20hacia%20el%20que,y%20mi re%20hacia%20ese%20lado.>
- Evangelina Pérez de la Plaza y Ana María Fernández Espinosa “Auxiliar de enfermería; Técnicas básicas de enfermería higiene en el medio hospitalario” Sexta edición. Mc Graw Hil
- Aguilar Casas M. et al. Movilización del paciente. Vértice; 2011.
- Mencía Seco VR. Trastorno de movilidad y movilización de pacientes. Jaén: Formación Alcalá; 2003.
- <https://scielo.isciii.es/pdf/geroko/v29n2/1134-928X-geroko-29-02-00092.pdf>

Capítulo 186

LOS CAMBIOS FÍSICOS DEL PACIENTE INGRESADO EN UNA UNIDAD DE CRÍTICOS QUIRÚRGICOS

MARIA DEL PILAR PÉREZ BURGOS

MARIA GEMA GARCIA CONSUEGRA GARZAS

CELIA DÍAZ SALAZAR GARCÍA RAYO

MARÍA DEL ROSARIO MARTÍN LOZANO

MARIA DEL ROSARIO BURGOS BECERRA

1 Introducción

El desarrollo tecnológico y científico de la sociedad, y por ende de la sanidad ha permitido que muchos de los pacientes que acceden a los servicios sanitarios acaban necesitando una atención especializada y compleja con un alto coste elevado tanto económico como social.

Dichos pacientes tienen complejas enfermedades que conlleva su ingreso en las unidades de cuidados intensivos donde en muchas ocasiones se cronifican y se lucha por su supervivencia conllevando un cansancio de la persona y un deterioro físico y psicológico añadido

En esta revisión bibliográfica se va a intentar describir los principales factores del paciente crítico crónico. Existe una dicotomía que obliga a debatirse a la sociedad entre el compromiso de superar cualquier enfermedad ante el desarrollo

de la ciencia y por otro lado el hecho de que esta supervivencia debido a su estado de gran dependencia a su salida de estos servicios conlleva una dependencia económica de las instituciones y los recursos familiares.

Los usuarios de estas unidades viven como sus órganos fallan y requieren estancias prolongadas en las mismas. Los ingresos hospitalarios son largos y costosos. Estos pacientes necesitan ventilación mecánica, atención intensa a pie de cama, hemodiálisis etc.... es decir una serie de cuidados especializados de alto coste.

A pesar de ello estas personas pierden casi todas sus facultades físicas y psíquicas en su estancia en estas unidades de intensivos pese a los esfuerzos por mantenerlas. La relación entre su deterioro y el tiempo de estancia es directamente proporcional, aunque se agrava exponencialmente.

Por otra parte, el número de pacientes críticos ha crecido exponencialmente en los inicios de este siglo y supone un desafío mantener su estado bio-psico- social durante la estancia en estas unidades para lograr su reinserción a la sociedad lo más normalizadamente posible.

2 Objetivos

Conocer los cambios físicos del paciente ingresado en una unidad de críticos quirúrgicos.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática sobre la literatura científica existente al respecto. Se realizó una búsqueda académica en Google de manuales, misceláneas y publicaciones relativas al tema en diferentes páginas web; igualmente, se revisó contenido de revistas y artículos tanto en soporte papel como digital. y se consultaron artículos en las principales bases de datos sanitarias seleccionando las procedentes de publicaciones académicas revisadas.

El capítulo se se ha centrado en la propuesta metodológica ya comentada. Se incluyeron estudios experimentales, estudios observacionales y de revisión, publicados en revistas indexadas y con disponibilidad de texto completo. Después de la revisión se llevó a cabo una lectura selectiva, utilizando como criterios de inclusión aspectos relacionas con las palabras clave las cuales tienen relevancia sobre el tema.

Palabras clave: Paciente crítico crónico, unidad de cuidados intensivo, deterioro físico.

4 Resultados

El desacondicionamiento sistémico de los pacientes ingresados en las unidades de cuidados intensivos se debe principalmente a la inmovilidad y el reposo prolongado pautado por los facultativos debido al estado que provoca la enfermedad. Los factores que influyen en esto son:

- La enfermedad
- Tiempo de reposo
- Patologías asociadas
- Edad
- Sexo
- Problemas cardiovasculares.

La estancia de un paciente sin ventilación mecánica ronda la media de seis días en una unidad de intensivos mientras que si se ve sometido a ventilación mecánica la duración de su estancia es de 21 días de media. En base a esto se puede decir que desde el momento que se inmoviliza al paciente en posición horizontal comienzan a producirse cambios en pro de un deterioro de su estado debido a las indicaciones de los facultativos para poder solucionar la patología que lo ha llevado a ingresar en dicha unidad.

Un estado de reposo prolongado provoca una disminución del tono vagal y un aumento de la frecuencia cardiaca con una hipotensión ortostática. La posición horizontal afecta al sistema respiratorio ya que provoca una debilidad muscular que favorece las infecciones. Se ve reducida la capacidad pulmonar de un 25% en adelante.

En el sistema nervioso, se producen alteraciones emocionales graves que tienden al nerviosismo y a la depresión no favoreciendo una recuperación adecuada. Surgen vectores transversales paulatinamente que no permiten una recuperación más acelerada.

A nivel osteomuscular, se producen alteraciones en las primeras 30 horas de inmovilización con una debilidad y atrofia que provocan una resistencia a la insulina. En el sistema linfático, se va favoreciendo una acumulación de líquidos principalmente en las extremidades que favorece la aparición de las úlceras por presión. Este sistema es uno de los más afectados por la inmovilización que en un plazo de 6 horas en supinación inmovilizado comienzan las consecuencias negativas para el paciente.

En el sistema digestivo, se produce una pérdida de apetito y una incapacidad para sintetizar las proteínas con lo que los nutrientes no llegan a todas las partes del cuerpo y se produce paulatinamente un estado de anemia. Esto lleva al suplemento de la alimentación ya sea a través de la alimentación enteral o parenteral, aunque pese a los esfuerzos sanitarios no se cubren esas necesidades de nutrientes.

En el sistema urinario la posición supina favorece que la vejiga no se vacíe adecuadamente existiendo demasiada orina residual que favorece las infecciones.

Ante estas situaciones que se van generando poco a poco en el cuerpo de los pacientes se hace necesaria una intervención para evitar el desgaste en la medida de las posibilidades que existen y favorecer una recuperación menos traumática. Se debe intervenir a nivel de fisioterapia para poner al paciente en la posición anatómica más adecuada que en este caso es la fowler o semi-fowler ya que favorece una respiración eupneica. Esto se podrá hacer valorando el estado del paciente.

Con respecto a las movilizaciones, aunque sean pasivas se deben favorecer al igual que los estiramientos ya que protegen en cierta medida el deterioro musculoesquelético y evitan las úlceras por presión.

Muchos de los pacientes que ingresan en estas unidades reciben ventilación mecánica, es decir, se encuentran intubados sobre todo en los tiempos de la pandemia de la COVID 19. Este tipo de usuarios deben recibir una fisioterapia respiratoria y apoyo a la movilización ya que sus estancias en estas unidades son de varios meses.

En todo momento debemos estimular al paciente, siempre como se ha dicho anteriormente, valorando su estado. Se puede dar conversación, llamarlo por su nombre, estimularle a que intente moverse por lo menos las extremidades superiores.

En caso de encontrarse en coma inducido, se le debe colocar en la posición anatómica más adecuada con los apoyos de almohadas que favorezcan y eviten el deterioro muscular.

Una movilización temprana y progresiva va a favorecer el destete más temprano y en mejores condiciones de los pacientes conectados a un respirador. Se ha descubierto que la inmovilidad mantenida favorece otras patologías que no benefician al paciente.

Desde este punto de vista, el equipo sanitario de estas unidades promueve la movilización para evitar la atrofia, atelectasias, hipotensión etc... todos los sistemas se ven afectados por esa inmovilización.

En muchas ocasiones, la privación del sueño debido a la actividad continuada de

estos servicios repercute negativamente en la recuperación física y psíquica del paciente. En España, se pueden ver numerosos proyectos para promover el sueño en las unidades de hospitalización como el Proyecto Sueño.

Antes de terminar, es de vital importancia atender y cubrir las necesidades del paciente y la familia vistos como unidad. Se debe promover la dignidad y el alivio del sufrimiento de la enfermedad que se padece críticamente.

Es importante que la comunicación sea continua, empática, con capacidad de escucha para poder brindar apoyo a la parte psicológica que se ve afectada en estos intermedios de la vida. Desde aquí cubrimos la parte emocional que es muchos casos es el motor de la recuperación.

5 Discusión-Conclusión

Las patologías que padecen las personas que ingresan en las unidades de cuidados intensivos conlleva un largo proceso de curación que se extiende más allá de las paredes de las unidades de hospitalización.

El coste que supone estas enfermedades a la sociedad, al sistema sanitario, al entorno familiar y al propio paciente es muy elevado.

Con el devenir de los años y los avances tecnológicos, la presencia de este tipo de pacientes en la sociedad cada vez es más numerosa. Por ello se buscan terapias que acorten la estancia y promuevan una mejoría más eficaz y beneficiosas para el paciente.

Se debe tratar de identificar a los posibles candidatos a estas unidades para promover desde la atención primaria una prevención y educación en la salud. Se debe tratar de evitar las enfermedades crónicas como las obesidades que conllevan numerosas enfermedades consigo.

De hecho, se ha estudiado que los índices de masa corporal elevado llevan a los pacientes de covid a las unidades de intensivos antes que otros que padecen otras patologías.

En conclusión, una movilización precoz ya sea pasiva o activa reduce los tiempos de estancia en los recursos sanitarios y en concreto en las unidades de críticos, favorece una pronta recuperación ya que la debilidad muscular no avanza tan rápidamente y el estado de supinación cambia con lo que se reducen problemas como debilidad diafragmática que perjudica el sistema respiratorio entre otros a destacar.

Por último, si se poseen las habilidades sociales y psicológicas adecuadas y se lucha por una formación en este ámbito, los pacientes podrán ser ayudados a canalizar sus emociones y los profesionales sanitarios descubrir en que emo-

ciones o sentimientos se debe trabajar con ellos. Así se favorece una pronta recuperación.

6 Bibliografía

- <https://es.calameo.com/read/004791146da2b4f146c5b>
- <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0716864019300239>
- Mov.cient.Vol.8 (1): “alteraciones asociadas al desacondicionamiento físico del paciente crítico en la unidad de cuidado intensivo. revisión sistemática” 131-142 issn: 2011-7191. Enero a Diciembre de 2014
- R. Aragonés Manzanares y Pablo de Rojas Román “Atención integral al paciente crítico” año 2017 Editorial Médica Panamericana.
- Evangelina Pérez de la Plaza y Ana Mª Fernández Espinosa “Auxiliar de enfermería” Mac Graw Hill año 2017

Capítulo 187

LOS TIPOS DE DRENAJES Y SUS CUIDADOS POR PARTE DEL TÉCNICO EN ENFERMERÍA DENTRO DE SUS FUNCIONES EN LA ELIMINACIÓN

MARIA DEL PILAR PÉREZ BURGOS

MARIA GEMA GARCIA CONSUEGRA GARZAS

MARÍA DEL ROSARIO MARTÍN LOZANO

MARIA DEL ROSARIO BURGOS BECERRA

CELIA DÍAZ SALAZAR GARCÍA RAYO

1 Introducción

Los drenajes se introducen dentro del cuerpo humano ante una cirugía que suele ser traumática para evitar y/o extraer al exterior el líquido que se ha acumulado como consecuencia de una intervención o a causa de una herida.

Esta técnica suele favorecer los procesos de cicatrización y de recuperación de los pacientes que los portan. Los cuidados son responsabilidad del equipo de enfermería del que forma parte el técnico en cuidados de enfermería. Al tratarse, de una sustancia que se elimina, hay que tener claro que todo lo que se elimina por parte del cuerpo son funciones del técnico.

Es cierto, que la inserción es una función de la medicina, pero gracias al trabajo en equipo es posible llevar a cabo esta técnica en la que la insertan los médicos

en los quirófanos, pero su cuidado depende de los equipos enfermeros de los diferentes servicios y niveles de atención.

Al ser un procedimiento quirúrgico, el tipo de drenaje, su magnitud y lugar de inserción se decide en estos servicios, pero el hecho de evitar transmisión de infecciones, obstrucción de la zona de salida del líquido, cantidad de líquido drenado etc., depende del personal que se encuentra a cargo del cuidado del paciente. Es un trabajo en cadena en el que cada eslabón es primordial para ofrecer una atención de calidad e integral.

2 Objetivos

En el presente capítulo, se ofrece un objetivo básico del que se pueden deducir otros.

El objetivo primordial es:

- Dar a conocer los distintos tipos de drenajes abdominales, su correcta utilización y funcionamiento y cuidados destinados al manejo, control y apoyo en los cuidados.

Como objetivo secundario:

- Exponer las posibles complicaciones que pudieran existir en los cuidados de estos drenajes.

3 Metodología

Para la realización de este trabajo se ha llevado a cabo una revisión bibliográfica de diferentes artículos y páginas web del ámbito sanitario.

Una vez seleccionada la información que más se ajustó a la temática a desarrollar, se realiza un cribado de datos y contenidos más destacados, mediante un análisis crítico y reflexivo. Se eligen diferentes bases de datos que fueron: Plumed (bases de datos bibliográficos), Medline, Cuiden y Cuidatge.

Palabras clave: Drenaje, cuidados del drenaje, técnico en cuidados de enfermería.

4 Resultados

Dentro de los cuidados de los drenajes, existen unos cuidados generales a la hora de su manipulación de forma general:

- Informar al paciente del proceso que se le va a realizar, los cuidados y recomendaciones mientras tenga el drenaje.

- Valorar el estado de la piel que circunda el catéter o tubo por el que drena líquido y ante cualquier cambio avisar a la enfermera de esos signos que pueden mostrar infección, filtración o hemorragias.
- Manipular siempre el drenaje con las manos higienizadas – lavadas - desinfectadas y con guantes no estériles.
- Realizar una cura diaria de la zona de inserción del sondaje
- Evitar tracciones bruscas que puedan extraer de forma accidental el drenaje.
- Anotar la cantidad de exudado y su apariencia (serosa, serohemático, purulenta, hemática, biliosa y fecaloide).
- Comprobar que no haya desconexiones.
- Tener permeable el sistema.
- En los drenajes de vacío, se debe asegurar que se mantiene el vacío.
- Vaciar el colector cuando sea necesario, una vez vaciado, restablecer el vacío en los casos de los sistemas de vacío como el redón.
- Mantener higiene de las luces del drenaje.
- Comprobar que el orificio del drenaje esté cerrado o taponado adecuadamente.
- Aplicar vendaje compresivo siempre que sea necesario en apoyo a la enfermera.

Los drenajes se pueden dividir:

1. Según su finalidad:

- Profilácticos: Tienen como finalidad evacuar líquidos o gases y evitar su acumulación tras la cirugía, porque si no estos serían un campo de cultivo para microorganismos.
- Preventivos: Al eliminar estos exudados, se previenen complicaciones.
- Terapéuticos: Tratan de eliminar al exterior los exudados nocivos o gases para el paciente que presentaba antes cirugía. También, se pueden administrar sustancias terapéuticas a través de ellos pautadas por los facultativos.

2. Según el mecanismo de actuación:

- Pasivos: Son drenaje que no necesitan aspiración o succión para evacuar los fluidos del organismo, sino que salen al colector o exterior por gravedad o capilaridad. Se utilizan cuando la cantidad de líquido a evacuar es poco abundante y se trata de sustancias líquidas.
- Activos: Son los que se emplean con la técnica de succión para evacuar de forma rápida los fluidos o sólidos según los casos. Estos son más rígidos, de silicona o polivinilo, conectados a sistemas de succión negativos de diversos tipos como el redón, Jackson Prat o el drenaje torácico llamado pleurevac.

5 Discusión-Conclusión

Es fundamental que el técnico en enfermería posea el conocimiento y la formación para el manejo y cuidados de los drenajes sobre todo si ejerce sus funciones en las unidades de cirugía o de servicios especiales como las unidades de críticos quirúrgicos de los centros hospitalarios.

Una mala ejecución de las actividades en los cuidados puede conllevar problemas de infección para el paciente que se atiende. Por ello el técnico debe estar motivado intrínsecamente para su cuidado y se le debe motivar extrínsecamente. El cuidado de los drenajes es función del equipo de enfermería dentro del cual se encuentra el técnico en enfermería que debe eliminar todo el exudado que se encuentra dentro de los colectores y vigilar cualquier cambio de la piel colindante o del líquido para informar a la enfermera y anotarlo en los registros oportunos para evitar complicaciones posteriores.

6 Bibliografía

- Berman A, Snyder S.J., Kocier B, Erb G, Fundamentos de enfermería, conceptos, proceso y prácticas 8ª ed. Pearson.
- Lopez Soto R.M Procedimiento de curas abdominales. Rol de enfermería volumen 32.
- <https://apuntesauxiliarenfermeria.blogspot.com/2010/07/tipos-de-drenajesquirurgicos.html>
- García, M. A. G., Hernández, V. H., Arroyo, R. M., & González, R. R. (2005). Enfermería de quirófano. DAE (Difusión Avances de Enfermería).
- Noble, K. A. (2003). Reconocer cada sonda o tubo de drenaje. Nursing (Ed. española), 21(8), 8-14.
- Evangelina Pérez de la Plaza y Ana María Fernández Espinosa "Auxiliar de enfermería; Técnicas básicas de enfermería higiene en el medio hospitalario" Sexta edición. Mc Graw Hill.

Capítulo 188

LA INCIDENCIA DE LAS INFECCIONES URINARIAS EN LA TERCERA EDAD POR EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA

NOELIA VICENTE PANTOJA

DÉBORAH GÓMEZ DE LA CRUZ

MARÍA ISABEL RUIZ DE LOS PAÑOS GARCÍA CALVO

ELSA SÁNCHEZ GARCÍA

ALBA VIOLETA VICENTE PANTOJA

1 Introducción

Las infecciones urinarias son las infecciones bacterianas más comunes entre la población anciana. Suelen estar relacionadas, en más de un 82 % de los casos, con la presencia de una sonda vesical. Una mala asepsia en la técnica de colocación, demasiado tiempo colocada sin realizar un cambio, un incorrecto cuidado o simplemente, una deficiencia en las defensas del paciente, son algunas de las causas más comunes para ser susceptible de padecer una infección urinaria.

Las infecciones del tracto urinario son las infecciones más comunes que afectan a las personas durante su vida, tanto en el ámbito comunitario como en el hospitalario.

Son más frecuentes en mujeres, sobre todo en las embarazadas, y en la población anciana.

En este rango de población, factores como la incontinencia urinaria conlleva el uso de pañales y, por muy buena que sea la higiene en estos casos, siempre aumenta el riesgo de padecer una infección urinaria, así como la toma de antibióticos y la dificultad en la movilidad, lo que puede ocasionar pérdidas de orina y, por tanto, un ambiente adecuado para las infecciones.

En el ámbito hospitalario, la causa más frecuente de infecciones del tracto urinario en estos pacientes es, sin duda, el sondaje vesical y el tratamiento asociado a este.

2 Objetivos

- Evaluar la incidencia de las infecciones del tracto urinario en la población anciana.
- Describir las causas más habituales que puede forjar una infección urinaria y sus síntomas.

3 Metodología

Se ha realizado una revisión bibliográfica de varios artículos en diferentes bases de datos, tales como Cuiden, Pubmed o Cochrane, además de ayudarnos del Google Schoola, seleccionando aquellos artículos e informaciones que más se adecuan a los objetivos de nuestro capítulo.

4 Resultados

Tomando como base nuestro objetivo, las infecciones urinarias en el ambiente hospitalario, aproximadamente un 82 % de ellos están en relación con el sondaje vesical del paciente.

Podemos definir la infección urinaria en relación con el cateterismo vesical como aquella que se produce mientras el paciente está sondado o en las 72 horas siguientes tras la retirada de la sonda vesical. La mayoría de estas infecciones vienen causadas por una mala técnica estéril a la hora de proceder a sondar al paciente, si

bien es cierto que otras circunstancias, tales como la disminución de la respuesta inmunológica en relación con la edad, la alteración de sus defensas naturales, la comorbilidad con otras enfermedades y el uso de otros fármacos durante su estancia hospitalaria, son factores importantes relacionados.

Hemos de recalcar que las infecciones del tracto urinario son más comunes en pacientes femeninos, debido en una mayor parte a tener una uretra más corta, lo que permite un contacto con el exterior más precoz, teniendo en cuenta que los microorganismos principales causantes de infecciones suelen ser los propios del paciente, modificados por medicamentos tales como los antibióticos, además de aquellos debidos a la transmisión cruzada del personal de la salud.

Estos patógenos pueden conseguir llegar a la vejiga por tres mecanismos: durante la implantación del catéter, por vía intraluminal a través de la luz de la sonda o por vía extra luminal, la más común de todas, donde los microorganismos corresponden a la propia flora externa del paciente, pudiendo también ser microorganismos intestinales debido a la cercanía de ambos lugares.

Los principales síntomas mancomunados a una infección urinaria, cuando ya tenemos colocada una sonda vesical, son fiebre y dolor, si bien lo más claro para su diagnóstico es la piuria, para lo cual casi siempre es necesaria la realización de un urocultivo. En estos pacientes ya mayores pueden confundirse los síntomas debidos a que muchas veces por sí misma la propia sonda vesical produce incomodidad, y a que muchos de estos pacientes no pueden expresar todo lo que sienten.

5 Discusión-Conclusión

Las infecciones del tracto urinario en relación con el sondaje vesical en la población anciana internada es una de las patologías más prevalentes.

Una mala asepsia en el momento de la introducción, una manipulación incorrecta higiénicamente o inadecuada, el exceso en el tiempo de inserción o las patologías del paciente y sus tratamientos, son varias causas posibles para esta manifestación de los pacientes.

En personas ancianas muchas veces son difíciles de diagnosticar debido a las propias limitaciones de la persona, ya que no identifican síntomas como la disuria, polaquiuria, etc., y es solo cuando ya notan dolor o tienen fiebre, cuando podemos evidenciar y darnos cuenta de lo que sucede.

En definitiva, las infecciones del tracto urinario son una patología muy habitual en los ingresos hospitalarios de personas mayores. Es difícil su control y suele

aumentar la estancia hospitalaria de los pacientes, por lo que supone un aumento en el coste de los tratamientos.

Extremar las medidas de higiene es la principal medida que podemos tomar para tratar de reducir la incidencia de esta patología. Higiene tanto en el momento de la colocación de la sonda vesical como en todas las manipulaciones posteriores.

6 Bibliografía

1. Álvarez Barranco L.C. Infecciones de las vías urinarias en el Hospital Universidad del Norte. *Salud Uninorte*. 2007; 23 (1): 9 – 18.
2. Pigrau C. Infecciones del tracto urinario nosocomiales. *Enfermedades infecciosas y microbiología clínica*. 2013; 31 (9): 614 – 624.
3. Andreu A, Cacho J., Coira A, Lepe J.A. Diagnóstico microbiológico de las infecciones del tracto urinario. *Enfermedades infecciosas y microbiología clínica*. 2011; 29 (1); 52 – 57.

Capítulo 189

LA IMPORTANCIA DE LA TOMA DE TEMPERATURA EN PACIENTES POR PARTE DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA

ELSA SÁNCHEZ GARCÍA

NOELIA VICENTE PANTOJA

DÉBORAH GÓMEZ DE LA CRUZ

MARÍA ISABEL RUIZ DE LOS PAÑOS GARCÍA CALVO

ALBA VIOLETA VICENTE PANTOJA

1 Introducción

La temperatura corporal es la cuantía de calor interno que se suscita como consecuencia del equilibrio entre el calor producido (termogénesis) y el calor perdido por el propio organismo. El control de la temperatura se lleva a cabo en el hipotálamo que está emplazado en la parte inferior del encéfalo. Entre los condicionantes que perturban a la temperatura corporal están la edad, la hora del día matizar que, es menor por la mañana antes de levantarse a esta temperatura se le denomina temperatura basal y alcanza los valores máximos al atardecer entre las 16 y las 20 horas, el sexo, las emociones, el estrés, el ejercicio, el ambiente, los alimentos, los líquidos y el tabaco, todos ellos influirán.

Podemos distinguir varios tipos de fiebre:

- Fiebre en agujas o intermitente: Se advierten bruscos ascensos y descensos de la temperatura hasta la normalidad. Suele presentar más elevaciones a la tarde y por la mañana ser normal
- Fiebre ondulante: En concreto en la ondulante se producen cuantiosas variaciones de la temperatura a lo largo del día, tal como si fuera un cumulo de varias fiebres.
- Fiebre remitente: Fiebre con arrebato y remisiones, pero no hay intervalos apiréticos.
- Fiebre en meseta o continua: La temperatura se conserva por encima de los valores corrientes todo el día y sufre muy pocas variaciones.
- Fiebre recurrente: Fiebre alta continua durante un período de tiempo, después desaparecer para volver a manifestarse con la misma intensidad.

Durante la fiebre el corazón late más rápido para poder suministrar a los órganos del cuerpo el oxígeno que necesitan. Por cada grado centígrado que sube la temperatura corporal el pulso se aumenta en torno a 15 - 20 latidos /minuto.

La temperatura se puede tomar en la boca, en la axila, el oído y el recto. La medición más exacta de la temperatura corporal es en el recto al ser la más interna. Los valores de la temperatura tomando como referencia la temperatura axilar son los siguientes:

- Temperatura normal (apirexia): 36 - 37 °C.
- Hipotermia: inferior a 36 °C.
- Febrícula o con décimas de fiebre: 37,1 - 37,9 °C.
- Hipertermia, fiebre o pirexia: superior a 38 °C.
- Fiebre ligera: 38 - 38,4 °C.
- Fiebre moderada: 38,5 - 39,4 °C.
- Fiebre alta: 39,5 - 40,4 °C.
- Fiebre muy alta: mayor 40,5 °C.

2 Objetivos

- Determinar la importancia de detectar la temperatura del enfermo, para que no derive en daños mayores.

3 Metodología

Para la realización del presente trabajo, se ha llevado a cabo una revisión bibliográfica sobre libros científicos existentes, para encontrar las mejores evidencias

y los mejores resultados destinados al conocer el procedimiento para la medida de la temperatura corporal. Se ha consultado Google Académico y distintas bases de datos como PubMed, Medline Plus.

4 Resultados

La fiebre es un síntoma y a su vez, un signo objetivo. Los signos varían dependiendo del estadio, es decir, del inicio, del intervalo y del final. Al inicio de la fiebre se presentan escalofríos, temblores, palidez, la conocida carne de gallina o piloerección, aumento de la frecuencia del pulso ya que se acrecienta el ritmo cardíaco y elevación en la temperatura rectal, aunque la cutánea sea fría. Durante el transcurso de la fiebre el enfermo no tiene ni frío ni calor, refiere dolor de cabeza, enrojecimiento cutáneo, piel caliente al contacto, sudoración, irritabilidad, desorientado y/o confuso, pudiendo producir convulsiones en niños si la temperatura es considerablemente alta, debilidad, dolor de los miembros, pérdida de peso si la fiebre se dilata en el tiempo, anorexia, náuseas y vómitos.

En la actualidad para medir la temperatura se manipulan termómetros sin mercurio tanto para lectura axilar como rectal. También se están implantando los termómetros con un sensor timpánico por la comodidad y rapidez que tienen.

Existen además los termómetros de infrarrojos de la arteria temporal. Las lecturas son más exactas que la temperatura del oído. Tiene la ventaja que la temperatura se toma en unos segundos y sin despertar o molestar al paciente y como desventaja que es el más caro. Se utilizará un termómetro para cada enfermo, después se limpiará con desinfectante mojado en una gasa y se guarda en un recipiente desinfectado, la barra interior del termómetro debe situarse por debajo de los 36 °C antes de ponérselo al paciente, la temperatura se tomará si no hay otra indicación por parte de médicos o enfermeras, dos veces al día y nunca se tomará después de las comidas, una vez que el Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería concluye este procedimiento anotará la temperatura en la gráfica del enfermo, siempre en color rojo.

El Tcae seguirá un protocolo dependiendo del lugar en el que se tome la temperatura corporal:

- Temperatura bucal: el termómetro se ubica debajo de la lengua a un lado de la boca y se le pide al paciente que lo sujete con los labios cerrados. Es la más precisa junto con la rectal. Hay que esperar de 4 a 6 minutos. Este procedimiento está contraindicado en enfermos en coma, niños menores de años, enfermos con agitación psicomotriz o con convulsiones.
- Temperatura axilar: es el método menos exacto, pero es el más cómodo, hay que

asegurarse de que se encuentre la axila bien seca, se ubica el termómetro en el pliegue axilar debiendo cruzar el antebrazo sobre el tórax. Se espera de unos 7 a 10 minutos para retirarlo y poder leer la temperatura.

- Temperatura rectal: este tipo de medida se efectúa en pacientes inconscientes o en coma, en niños y en lactantes, antes de insertar el termómetro se debe lubricar, se ubica al paciente en decúbito lateral, se introduce 3 cm aproximadamente y se deja puesto unos 2 o 3 minutos para pasar a su lectura. En aquellas circunstancias donde se evidencia una inflamación del recto, hemorroides o el paciente ha sido intervenido de dicha zona, estará contraindicada la toma de la temperatura en el recto.

- Temperatura en el oído: el paciente debe encontrarse en un ambiente térmico normal durante 15 minutos antes de la toma de la temperatura, la cera y las infecciones de oído no interfieren en esta medida, se tirará del oído hacia atrás se ubica el extremo del termómetro en el conducto auditivo, se presiona el botón y en aproximadamente 2 segundos se puede ver la lectura. Cuando un niño presenta fiebre esta medición debe superar los 38 °C.

5 Discusión-Conclusión

La medición de la temperatura es primordial para la obtención de un diagnóstico clínico. Existen numerosas sistemáticas hoy en día, para medir la temperatura temporal, siendo el termómetro con infrarrojos el que proporciona una lectura más exacta, incluso más que la toma de la temperatura en el oído.

La temperatura corporal estará en variación a lo largo del día, cuando se eleva a más de 38 °C significa que existe una enfermedad o algún proceso infeccioso. Nuestro cuerpo cuenta con mecanismos para regular la temperatura mediante la termorregulación.

El cargo de los Técnicos en Cuidados Auxiliares de Enfermería en la medición de la temperatura corporal es de gran relevancia para llegar al diagnóstico y poder poner tratamiento, para conocer si un tratamiento está actuando adecuadamente y para poder restar el malestar de la fiebre en los enfermos.

6 Bibliografía

1. <https://es.slideshare.net/Noe2468/temperatura-corporal-termorregulacin>.
2. <https://www.draeger.com/Library/Content/t-core-bk-9101301-es-1604-1.pdf>.
3. Hospital General Universitario Gregorio Marañón (2011). Toma de temperatura www.madrid.org/cs.

4. Libro Auxiliar de Enfermería Mc Graw Hill www.mhe.es/cf/sanidad.

Capítulo 190

LA IMPORTANCIA DEL CONFORT Y LA ATENCIÓN EN PACIENTES CRÍTICOS POR EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA

ALBA VIOLETA VICENTE PANTOJA

NOELIA VICENTE PANTOJA

DÉBORAH GÓMEZ DE LA CRUZ

MARÍA ISABEL RUIZ DE LOS PAÑOS GARCÍA CALVO

ELSA SÁNCHEZ GARCÍA

1 Introducción

En las unidades de cuidados intensivos, la patología de los enfermos, la gravedad o la polifarmacia, la práctica de diferentes procedimientos para establecer un diagnóstico y tratamientos invasivos o el transporte o traslado, son condicionantes para tener en consideración, que las convierten en unidades de un mayor riesgo para que se presenten y manifiesten adversidades, eventos complicados o situaciones para nada esperadas que puedan comprometer o poner en riesgo la propia vida, la comodidad y la satisfacción del enfermo (1).

Dado la gran complejidad de esta asistencia que necesitan los enfermos ingresados en estas unidades, se presentan metas para el equipo de enfermería en los conceptos del tipo de cuidados que se deben dar para cubrir todas sus necesidades y las de sus familias. Estructurar y ejecutar el cuidado de forma organizada sin valorar correcta y completamente al enfermo puede afectar en la atención individualizada y ocasionar trastornos, perturbaciones en la integridad, seguridad y en la satisfacción (2, 3).

El cuidado del equipo de enfermería hacia los enfermos graves involucra la realización de intervenciones básicas orientadas en cubrir las actividades de la vida diaria, e intervenciones más avanzadas que ayudan en la recuperación de la buena salud o la conservación de la condición clínica. Se incluye, entre otras asistencias, ofrecer un entorno de comodidad tanto física como mental, beneficiando algunos aspectos como el descanso, el sueño, la nutrición, la higiene, privacidad y la dignidad. Curtis y Wiseman enseñan que mantener estos elementos a través del cuidado es una responsabilidad cardinal de los profesionales de enfermería, porque tienen un gran impacto y muy significativo en los resultados clínicos y la satisfacción de los enfermos (4 -7).

2 Objetivos

- Exponer la importancia disciplinar y social y teórica de la higiene.
- Valorar el cuidado básico del equipo de enfermería, en referencia a los enfermos graves.

3 Metodología

Para la elaboración del este trabajo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han consultado artículos en las principales bases de datos: Google chrome, ISI -Web of Knowledge, Scopus, Science Direct, Proquest, Ebsco, Medline, Ovid, Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

Los enfermos que revisten de gravedad en las unidades especiales hospitalarias requieren de la estructuración en los cuidados de enfermería para satisfacer sus

requerimientos básicos y que encuentren el bienestar y la curación. Las intervenciones que van derivadas en satisfacer las necesidades derivadas de la higiene son los cuidados de enfermería, es esencial en el papel que juega el personal del Técnico en cuidados de enfermería y que en la actualidad se creen que son delegadas o se omiten por considerarlas de poco valor, sin tener en consideración que constituyen marcadores de resultado en los enfermos y de la calidad de la asistencia en las unidades de cuidado crítico. de enfermería y gran experiencia clínica para proveer un cuidado individualizado, competente y adecuado, ya que sin esos obligatorios cuidados no sería posible una buena recuperación (3).

Es necesario entender que para dar respuesta en la peculiaridad de los problemas fisiológicos, psicológicos, emocionales que confluyen en los enfermos de gravedad se requiere un delicado equilibrio entre los componentes científico, técnico y humano del cuidado. Coyer, Wheeler, Wetzig y Couchman afirman que los personales deben esgrimir todas sus capacidades para observar, proteger, y servir un cuidado seguro que además origine la comodidad y el bienestar (8).

Dada la continua dejadez y delegaciones de cuidados por falta de equipo o por omisión, cómo el favorecimiento de la deambulación, la enseñanza, la movilización, la planificación del alta, el apoyo emocional, la vigilancia, la higiene, la movilización, el cuidado de la boca además del cuidado de los catéteres, drenajes o sondas, Kalisch los concreta como los cuidados perdidos (9).

La realización oportuna de estos por parte de las funciones de los profesionales minimiza la ocurrencia de resultados dañinos como infecciones asociadas al cuidado de la salud o lesiones de la piel, aspectos que se ven coligados significativamente con mortalidad, morbilidad y el gran coste para el sistema de salud (4).

5 Discusión-Conclusión

Se llega a la conclusión que los avances en la comodidad del enfermo a través de las intervenciones de enfermería es un dispositivo prioritario del cuidado que ofrecen los sanitarios que se realizan su trabajo en entornos con pacientes graves, teniendo en cuenta que uno de los objetivos fundamentales de la realización de los procedimientos de higiene es el logro de resultados relacionados con comodidad y bienestar, es importante realzar que la comodidad del enfermo es una finalidad terapéutica de la práctica de enfermería y una función esencial de enfermería.

Los enfermos hospitalizados en la unidad de Cuidado Crítico tienen muchas necesidades de comodidad en el concepto físico, psicoespiritual, sociocultural

y ambiental. Estas deben ser solucionadas por los equipos de enfermería como cuidadores responsables del enfermo en el entorno hospitalario. Las técnicas realizadas para satisfacer las necesidades de higiene son los cuidados básicos que promueven el confort, metida en la rutina diaria de los cuidados básicos de enfermería y que si se realiza de manera adecuada transmiten contacto individual y presencia (10).

6 Bibliografía

1. Gutierrez I. Indicencia de efectos adversos en una unidad de medicina intensiva. *Revista de Calidad Asistencial*. 2007;22(6):277-86.
2. Benner P. Caring for the silent patient. *Am J Crit Care*. 2002;11(5):480-1.
3. Quiroz S. Alteraciones hemodinamicas del enfermo critico cardiovascular durante la realizacion del baño diario. *Medicina - Universidad Pontificia Bolivariana*. 2012;31(1):19-26.
4. Curtis K. Back to basic - Essential nursing care in the ED, Part 2. . *Australian Emergency Nursing Journal*. 2008;11(2):95-9.
5. Laverde O. Proyecto sobre capacitación del equipo de enfermería del servicio de hospitalización de la Clinica Universitaria Teleton en la busqueda de la comidadidad de los enfermos al realizar el baño en cama. Documento Interno: Clinica Universitaria Teleton.; 2009.
6. Vollman K. Back to the fundamentals of care: why now, why us! *Aust Crit Care*. 2009;22(4):152-4.
7. Vollman K. Interventional patient hygiene: proactive (hygiene) strategies to improve patient's outcomes. *AACN News*. 2005;22(8).
8. Coyer FM, Wheeler MK, Wetzig SM, Couchman BA. Nursing care of the mechanically ventilated patient: what does the evidence say? Part two. *Intensive Crit Care Nurs*. 2007;23(2):71-80.
9. Kalisch BJ. Missed nursing care:enqualitative study. *J Nurs Care Qual*. 2006;21(4):306-13; quiz 14-5.
10. Burns S.enreturn to the basics: "Interventional Patient Hygiene" (A call for papers). . *Intensive and Critical Care Nursing*. 2012;28(4):193-6.
11. Downey L, Lloyd H. Bed bathing patients in hospital. *Nurs Stand*. 2008;22(34):35-40.
12. Kolcaba KY. Effects of hand massage on comfort of nursing home residents. . *Geriatric Nursing*. 2006;27(2):85-91.

Capítulo 191

CONOCIMIENTOS DEL TCAE DE LOS BENEFICIOS DE LA ACTIVIDAD FISICA EN LAS EMOCIONES DE UN PACIENTE CON CANCER MAMA

CARMEN MARIA PEREZ RUIZ

CARMEN CUBERO RUIZ-CALERO

DAVID CHICA CUÍN

MERCEDES VIRTUDES VALERO ARROYO

ROSA LEÓN PALOMO

1 Introducción

Durante años se ha podido comprobar que la actividad física con moderación y con limitaciones dentro de las posibilidades de cada persona ha ejercido un beneficio positivo en el paciente.

El cáncer es una de las enfermedades crónicas más mortales en la actualidad, recibir este diagnóstico conlleva un gran cambio sobre todo en los aspectos emocionales, sociales ya que estos provocan un mayor deterioro por tener que adaptarse a una nueva vida cargada de emociones negativas; también se cambia la visión sobre sí mismo y las relaciones con el entorno más próximo.

Los tipos de cáncer más frecuentes son en hombres pulmón, próstata, etc. Sin embargo, el cáncer más frecuente entre las mujeres es el de mama.

En el momento de se realiza el diagnostico la paciente tiende a el aislamiento y comenzara a realizar una vida más sedentaria y más tranquila.

La trayectoria de esta enfermedad es mastectomía generalmente, tratamiento quimioterápico o radioterapia. Esto nos lleva a una debilidad generalizada y un agobio mental en la paciente.

Piensen que no van a poder realizar ningún tipo de actividad física pues esto conllevara un retroceso en la enfermedad y la recuperación tras esta etapa dura que están pasando el paciente y su familiares, amigos y entorno.

2 Objetivos

- Describir el beneficio de la actividad física a nivel emocional en los pacientes que han padecido un cáncer de mama.

3 Metodología

se realizó una revisión y evidencia de publicaciones basadas en guías, artículos, textos en internet. Se realiza una búsqueda bibliográfica en bases de datos Pubmed, Scielo, Cochrane.

Se incluyen textos y/o artículos en los que hablaban sobre los beneficios que pueden llevar el realizar el ejercicio físico en pacientes con cáncer de mama.

Palabras clave: emociones, intervenciones, actividad, ejercicio.

4 Resultados

- En esta revisión bibliográfica hemos documentado que existen estudios que demuestran que la actividad física dentro de las capacidades de la paciente que ha pasado por un proceso de cáncer de mama es beneficiosa.
- Algunos autores han demostrado que la realización de una actividad física regenera unas endorfinas que ayudan a estar bien afrontar la etapa por la que están pasando. Este duelo simbólico que les sucede cada vez que van a alguna consulta o revisión.
- Uno de los beneficios del ejercicio físico es liberación de estrés, irritación. pensamientos positivos. Regenera el sistema inmunológico.
- Es adecuado realizar una tabla de ejercicios si la paciente puede llevar este tipo de actividad, en las que intercambien caminar, nadar etc.

- También se puede añadir que una rutina de ejercicio o actividad física conlleva una explosión de emociones y sentimientos que saldrán.
- LA paciente es aconsejable que realice esta actividad acompañada con algún amigo, familiar etc. En caso de que no sea posible sería adecuado aconsejar música en auriculares, para que mantenga la mente dispersa, sin pensar en la enfermedad.
- Algunos autores comentan en sus artículos que es imprescindible que la paciente se encuentre preparada para realizar esta actividad, no solo a nivel físico si no a nivel psicológico. Los tratamientos realizan cambios físicos corporales con lo cual tienen que asumir este cambio de la imagen corporal, una vez que acepten a sí mismos será el momento adecuado.
- El ejercicio físico se ha demostrado que aporta beneficio también a nivel de físico, aumenta la masa muscular, la circulación sanguínea etc. Con esto también aumentamos la resistencia física, esto va a ayudar a la paciente a animarse para realizar una rutina de ejercicio o actividad física.

5 Discusión-Conclusión

Es importante como se ha podido documentar en nuestros resultados que la paciente este preparada emocionalmente para salir y realizar una vida social. En este momento se podrá aconsejar que tipo de ejercicios son los adecuados a medida que vaya pasando el tiempo y se pueda recuperar físicamente.

Hemos elegido el tema pues es un tema que preocupa a muchas pacientes con una patología de cáncer de mama, en la que se preguntan si podrán llegar a salir pasear, nadar etc. También se ha cogido este tema pues es un tema muy actual en el que muchas mujeres pasan por un proceso duro y con la ayuda del ejercicio físico les ayuda a sacar sus emociones y compartirlas y animarse en su vida diaria.

6 Bibliografía

- Mezquita, E. (2016). El ejercicio físico minimiza el impacto y las consecuencias del cáncer. Madrid: Unidad Editorial Revistas, S.L.U.
- Olivari, C. y Urra, E. (2007). Autoeficacia y Conductas de Salud. Ciencia y Enfermería, 13(1): 9-15.
- Servan-Schreiber, D. (2014). Anti Cáncer: Una nueva forma de vida. Barcelona: Espasa

Capítulo 192

BENEFICIOS DE LA EMPATIA CON EL PACIENTE HOSPITALIZADO POR PARTE DEL TCAE.

CARMEN MARIA PEREZ RUIZ

ROSA LEÓN PALOMO

MERCEDES VIRTUDES VALERO ARROYO

CARMEN CUBERO RUIZ-CALERO

DAVID CHICA CUÍN

1 Introducción

La empatía es la palabra clave del personal sanitario y no sanitario de un centro hospitalario.

Podemos definir a la empatía como la participación afectiva de una persona en una realidad ajena a ella, generalmente en los sentimientos de otra persona. En lenguaje mas coloquial, ponerse en el lugar del otro.

Las personas que comprenden, expresan y gestionan adecuadamente sus emociones tanto negativas como positivas, tienen una vida más positiva y llena que las que no son capaces de hacerlo eficazmente.

Ya el informe Delos en el año 1996 nos explicaba y recogía la importancia de aprender a conocer, aprender a hacer y como aprender a ser, otorgando así importancia a la necesidad de educar en las emociones. Tanto el paciente con el personal como a la inversa.

Podemos dividir a las emociones del paciente, según Bisquerra en el 2009, como emociones positivas o negativas.

Las emociones o que podemos empatizar positivamente con el paciente es el resultado de una evaluación optimista debido al cumplimiento de objetivos. Son emociones agradables que provocan satisfacción y bienestar.

Las emociones negativas, las cuales no empatizamos con el paciente, son las que aparecen debido a una valoración desfavorable ante el resultado del logro de los propios objetivos. Ejemplo de estas son: frustración, tristeza, miedo, culpa, etc.

2 Objetivos

Describir actuaciones del TCAE en las cuales interactúa con el paciente y podamos llegar a empatizar con este pese a estar hospitalizado.

3 Metodología

Se realizó una revisión y evidencia de publicaciones basadas en guías, artículos, textos en internet. Se realiza una búsqueda bibliográfica en bases de datos Pubmed, Scielo, Cochrane.

Se incluyen textos y/o artículos en los que hablaban sobre los cuidados o actuaciones del TCAE que empatiza con el paciente.

Palabras clave: emociones, empatizar, actuación, cuidados.

4 Resultados

En esta revisión bibliográfica hemos documentado las actuaciones mas importantes o que consideramos así en las que el TCAE ha demostrado que esta interactuando con el paciente y a su vez empatiza con este:

- El TCAE en el momento que llega el paciente, según varios autores, es la persona de referencia a que ven, primeramente. Con lo cual la sensación que va a recordar este es la imagen que llevara incluso al alta hospitalaria.
- El TCAE acompañará al paciente, y su manera de empatizar, es explicándole claramente con órdenes sencillas, palabras claras. Donde se encuentra el baño, como poder llamar si necesita algo.
- Una forma muy frecuente de empatizar que suele realizar, el TCAE con el paciente es ofreciéndole o tendiéndole su mano para escucharle. En caso de que el paciente decaiga, este lloroso o irritable. Pues el tiempo de hospitalización es

largo y suelen pasar por altibajos. Cuando esté lloroso, el TCAE escuchará al paciente y se pondrá en su lugar sin establecer una relación personal si no profesional.

- Cuando esté irritable el TCAE tendrá que escuchar nuevamente y en el momento que se calme se le comentará que le entiende y que hará lo posible para que su estancia en el hospital será más llevadera.
- A la hora de empatizar también una actuación o intervención que está realizando el TCAE es una valoración a nivel general que podrá comentar a sus facultativos y se podrá detectar precozmente ante una depresión, o alguna dificultad que presente el paciente y no haya sido diagnosticada hasta el momento.
- El TCAE deberá incitar al paciente que no reprima sus sentimientos, emociones, el TCAE intentará captar todas la emociones, intenciones y significado de las palabras que nos está comentando el paciente hospitalizado.

5 Discusión-Conclusión

Este tema es importante porque, como se ha comentado en él, la palabra empatizar es la clave del personal sanitario y no sanitario. Y por supuesto entra a jugar en este tema la humanidad que el profesional demuestra en cada una de las actuaciones que desarrolle con un paciente que se encuentra en una unidad de hospitalización.

El profesional que no sea empático con el paciente no está capacitado para realizar actividades con los pacientes, por muchos estudios que posea para poder ayudar a un paciente que se encuentra en su peor momento y necesita toda la ayuda que se le pueda administrar.

6 Bibliografía

- 1- Bisquerra, R. (2003). Educación emocional y competencias básicas para la vida. *Revista de Investigación Educativa*, 21, 7-43.
- 2- Damasio, A. (2005). En busca de Spinoza: neurobiología de la emoción y los sentimientos. Barcelona: Crítica.
- 3- Fernández-Pinto, I., López-Pérez, B., & Márquez, M. (2008). Empatía: Medidas, teorías y aplicaciones en revisión. *Anales de Psicología*, 24 (2), 284-298

Capítulo 193

INTERVENCION DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) ANTE UNA PICADURA DE UNA MEDUSA

CARMEN MARIA PEREZ RUIZ

ROSA LEÓN PALOMO

MERCEDES VIRTUDES VALERO ARROYO

CARMEN CUBERO RUIZ-CALERO

DAVID CHICA CUÍN

1 Introducción

Para poder entender este tema tenemos que definir las medusas que son invertebrados del grupo de los celenterados o cnidarias, al igual que las hidras, anémonas y los corales. Medusa en griego significa ortiga. Las medusas flotan libremente y se desplazan arrastradas por las corrientes marinas, con algún movimiento de contracción y estiramiento. Su vida media es corta, de apenas unos 8 meses, y aparecieron hace 700 millones de años. Existen unas 4.000 especies de medusas en el mundo y, de ellas, unas 300 viven en el Mar Mediterráneo.

Poseen unos tentáculos con nematocistos, cnidocitos o cápsulas punzantes, repletas de un líquido venenoso urticante que lanzan mediante un filamento al

contacto con la piel e inoculan el veneno. Por ello es muy fácil que capten a su víctima. La composición de las toxinas depende de la especie. No todas las medusas son venenosas.

Mediante la picadura de medusa se puede desencadenar una reacción tóxica que puede ser localizada, sistémica o ambas. También pueden llegar a padecer dolor, eritema, edema, ampollas, hemorragia y necrosis, y en ocasiones manifestaciones generales por neurotoxinas como náuseas, vómitos, espasmos musculares, disnea, agitación, cefaleas, taquicardia y colapso. Es conveniente que en caso de ser captado por un tentáculo de estas medusas se acuda rápidamente a un centro asistencial.

2 Objetivos

- Describir los cuidados o principios básicos de conocimientos ante la picadura de una medusa en una playa por parte del TCAE.

3 Metodología

Realizamos una revisión bibliográfica sobre publicaciones en internet, la cual nos llevó a bases de datos en las que aparecían textos que nos explican que tipo de cuidados va a tener que realizar el TCAE ante la picadura de una medusa. Las bases de datos consultadas han sido Medline, Scielo y Cochrane Library.

Las palabras utilizadas en DECS fueron cuidados, formación, agua, medusa.

4 Resultados

- En esta revisión bibliográfica hemos podido documentar que ocurre y que cuidados son los adecuados por parte del TCAE ante la picadura de una medusa.
- En cuanto a que el paciente note que ha sido captado por un tentáculo de una medusa, es importante acudir a un centro para poder tratarla adecuada y precozmente.
- Esta picadura puede afectar muy rápidamente y en casos de alergia incluso llegar a un shock anafiláctico pasando a ser una urgencia vital para esa persona.
- Es importante saber que las complicaciones infecciosas las picaduras de medusas pueden dejar secuelas cicatriciales. Para poder tratar una picadura de medusa, no debe frotarse la zona afectada ni con arena ni con la toalla. No es tampoco conveniente limpiar la zona con agua dulce sino usar siempre agua salada. Una medida

complementaria es aplicar frío sobre la zona afectada durante 15 minutos usando una bolsa de plástico que contenga hielo sin nunca aplicar hielo directamente, a no ser que sea de agua marina. Si el dolor persiste conviene aplicar de nuevo la bolsa de hielo durante otro cuarto de hora. Debe tenerse la precaución de extraer cualquier resto de tentáculo que permanezca adherido a la piel, usando guantes o sirviéndose de un objeto rígido como un carnet o tarjeta de plástico. No es conveniente aplicar amoníaco u orina, que puede quemar más la lesión. Una crema de corticoides puede aliviar la inflamación. Si el paciente empeora progresivamente o se detectan complicaciones respiratorias, convulsiones, hay que trasladar a este paciente a un hospital rápidamente. O buscar ayuda y acceder a un desfibrilador semiautomático externo (DESA) por si se llega a tener que realizar una reanimación cardiopulmonar (RCP). Durante todo el procedimiento de la cura se debe observar al paciente.

5 Discusión-Conclusión

Es importante que como se ha podido documentar en nuestros resultados se siga al pie de la letra los cuidados y cura para la picadura de la medusa, con lo cual el TCAE o cualquier persona que conozca la técnica podrá actuar en esta situación. En caso como se ha comentado también en los resultados que haga un shock el paciente debe ser trasladado como se ha documentado para evitar complicaciones mayores que no se puedan llegar a resolver en ese sitio y en ese momento puntual. Es un tema muy actual sobre todo para cualquier persona sea o no sanitario ya que en el verano puede suceder a cualquier persona y hay que estar preparado para ello.

6 Bibliografía

- Daly JS, Scharf MJ. Mordeduras y picaduras de animales terrestres y acuáticos. En: Wolff, Goldsmith, Kata, Gilchrest, Paller y Leffell. Fitzpatrick Dermatología en Medicina General, 7ª ed. Editorial Médica Panamericana, Buenos Aires, 2009; 2042-53.
- Soto E. Medusas, “Dr. Jekyll y Mr. Hyde”. El Mundo.124. 2011; 1-2.
- Burnett JW et al. Local and systemic reactions from jellyfishsting. J Emerg Med 5; 1987: 14.
- Burnett JW, Calton GJ et al. First aid for jellyfish envenomation. South Med J 76; 1983: 870.

Capítulo 194

LA INTERVENCIÓN DEL TCAE EN CUANTO A LOS TRASTORNOS MENTALES DENTRO DEL ÁMBITO HOSPITALARIO.

RAQUEL PORTAS RIOS

1 Introducción

La psiquiatría, (del griego ψυχή, psyché, «alma»; y ιατρεία, iatréia, «curación») es la categoría o especialidad médica que se dedica a estudiar los diferentes trastornos mentales, genéticos o neurológicos, con el fin de prevenir, evaluar, diagnosticar, tratar y rehabilitar a la gente que tiene trastornos o enfermedades mentales, asegurar la independencia y adaptación del individuo a su estilo de vida. También estudia el encéfalo, y como es su funcionamiento dentro del organismo humano.

El estudio objetivo y metódico de los enfermedades mentales, indefinidamente, es relativo, y se acepta que los fundamentos de la psiquiatría se desarrollaron a finales del siglo XVIII.

En el siglo XIX apareció por primera vez el concepto de "enfermedad mental" y finalmente la psiquiatría entró en el campo de la medicina. Hasta el siglo XX, los enfermos mentales permanecían en centros psiquiátricos, donde recibían "terapia ética" para aliviar su "desorientación mental" y "restaurar su salud mental". En la década de 1930 se introdujeron varios métodos médicos controvertidos, incluida la epilepsia inducida artificialmente (a través de descargas eléctricas, insulina y otras drogas) o extirpando parte del cerebro (lobectomía o leucectomía). Ambos

procedimientos se utilizan ampliamente en psiquiatría, pero existen muchas consideraciones basadas en preocupaciones éticas, efectos nocivos o abuso. Durante la década de 1950, nuevos fármacos inventados en el laboratorio, especialmente el antipsicótico clorpromazina, reemplazaron gradualmente a los tratamientos más controvertidos.

2 Objetivos

El objetivo principal es saber y conocer las diferentes enfermedades mentales para poner un tratamiento y llegar a lograr la recuperación y las funciones del TCAE respecto a los pacientes con estas patologías.

3 Metodología

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

4 Resultados

Algunas de las enfermedades mentales pueden ser las siguientes:

-Trastorno del neurodesarrollo: Estas dificultades representan infelicidad por las propias dificultades y la posibilidad de una pubertad retrasada, así como por los efectos a corto y largo plazo que puede tener en aspectos importantes de una persona. En esta categoría podemos encontrar dificultades como la discapacidad intelectual, el trastorno del espectro autista, el TDAH o los trastornos del aprendizaje, la comunicación o el movimiento.

-Trastorno de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos: Tales perturbaciones son un síntoma común de los síntomas positivos, es decir, potencian o magnifican algún aspecto de la conducta normativa y los síntomas negativos cuando el sujeto se encuentra disminuido y empobrecido. .

Los síntomas positivos más conocidos son la presencia de varios tipos de alucinaciones y delirios cognitivos, mientras que los síntomas negativos incluyen afasia,

habla y afasia. Por otro lado, en este tipo de enfermedad predomina la esquizofrenia, pero también podemos encontrar la esquizofrenia, el trastorno delirante.

-Trastorno bipolar y generalizados: Se caracteriza por dos polos emocionales opuestos, manía (o manía si los síntomas son leves) y depresión.

Esta transición puede conducir a un agotamiento emocional severo a medida que el paciente pasa de un estado de total entusiasmo y energía a un estado de tristeza, negatividad y desesperación. Además del trastorno bipolar y sus diversas sub formas, también podemos encontrar otros trastornos en esta categoría, como el trastorno ciclotímico.

Algunas de las funciones que puede realizar el TCAE en cuanto a estos trastornos son:

Ayudan a los enfermeros en tareas de aseo diario, si ellos no se valen por sí mismos, también en la administración de medicación o de alimentos, mostrar apoyo en todo momento, realizar actividades terapéuticas.

5 Discusión-Conclusión

Todos los profesionales de la salud o personal sanitario, son todos grandes profesionales de la salud, pero en especial el TCAE o técnico en cuidados auxiliares de enfermería en este servicio de psiquiatría, son un gran apoyo para los pacientes debido a que cubren todas las necesidades fisiológicas que forman parte del día a día de cada persona y sobre todo, son las primeras personas que están siempre en primera línea y en contacto con el paciente, ofreciéndoles su apoyo y su ayuda junto con la de sus familiares y sus queridos para conseguir salir adelante y acabar con todo esto.

6 Bibliografía

1-Referencias bibliográficas según el estilo Vancouver: Adecuación de los requisitos uniformes a los recursos electrónicos. La Habana, 1999-2001. ACIMED [online]. 2005, vol.13, n.6 [citado 2022-04-13]. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1024-94352005000600016&lng=es&nrm=iso>.

ISSN 1024-9435.

Formato Documento Electrónico(ABNT)

2-Referencias bibliográficas según el estilo Vancouver: Adecuación de los requisitos uniformes a los recursos electrónicos. La Habana, 1999-2001. ACIMED, Ciudad de La Habana , v. 13, n. 6, dic. 2005 . Disponible en <http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1024-94352005000600016&lng=es&nrm=iso> .
accedido en 13 abr. 2022.

Capítulo 195

ESTUDIO INTESTINO GRUESO

YASMINA BOUTANAACH ABDELKADER

GEMMA REY GUEVARA

LOURDES REY GUEVARA

MARTA GUEVARA SANCHEZ

1 Introducción

El intestino grueso es la última porción del tubo digestivo, formada por el ciego, el colon, el recto y el canal anal. El intestino delgado se une al intestino grueso en el abdomen inferior derecho a través de la válvula ileocecal. El intestino grueso es un tubo muscular de aproximadamente un metro y medio de largo. La primera parte del intestino grueso se llama ciego. El intestino grueso continúa absorbiendo agua y nutrientes minerales de los alimentos y sirve como área de almacenamiento de las heces.

Desde el intestino delgado, los pocos nutrientes que no han sido digeridos previamente, y parte del agua, pasan al intestino grueso a través de una sortija muscular (válvula ileocecal) que impide que los alimentos vuelvan al intestino delgado. El intestino grueso necesita de 10 a 12 horas para finalizar el resto del proceso. En esta fase, los alimentos ya no se siguen procesando; el intestino grueso simplemente absorbe las vitaminas creadas por las bacterias que habitan al colon y el agua restante, compacta los excrementos y almacena la materia fecal al recto hasta que sea eliminada por el ano.

La diferencia más obvia con el intestino delgado es que es más ancho y que presenta una capa muscular longitudinal que se reduce a tres estructuras en forma

de correa, de unos 5 milímetros de anchura.

2 Objetivos

Profundizar en el concepto de intestino grueso.

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

Los principales resultados que hemos obtenido son estos:

Patología:

El intestino grueso se puede ver afectado por muchos tipos diferentes de enfermedades y trastornos que se clasifican en varios grupos.

Una primera categoría es la de las enfermedades inflamatorias intestinales, que consisten principalmente en la enfermedad de Crohn y la colitis ulcerosa. Estos trastornos son provocados por una sobre-reacción inmunitaria hacia microorganismos naturalmente presentes al intestino (flora intestinal). A pesar de tener características, síntomas y localizaciones diferentes, la enfermedad de Crohn y la colitis ulcerosa se asemejan mucho e incluso hay científicos que consideran que en realidad se trata de dos formas de una misma enfermedad (a pesar de que no es, ni mucho menos, la teoría más aceptada).[18] Durante mucho tiempo se pensó que las enfermedades inflamatorias intestinales eran la consecuencia de una disfunción inmunitaria idiopática, pero desde medios de la década del 2000 el consenso ha sido que la causa es uno o más patógenos todavía no identificados que, al infectar individuos susceptibles, provocan una respuesta inmunitaria que se acaba autoperpetuando.

Embriología:

Procede embriológicamente de la parte del asa intestinal primitiva que sufre menor número de flexuras. Al completar el intestino un giro positivo de 270° (contrario a las agujas del reloj) en torno al eje de la arteria mesentérica superior,

el comienzo del intestino grueso se encuentra en la fosa ilíaca derecha. Teniendo en cuenta que existe un punto fijo (la cloaca primitiva que posteriormente originará el ano, el recorrido que hace el intestino primitivo dibuja perfectamente el futuro marco cólico del adulto. El marco cólico encuadra las asas yeyunales e ileales, que tienen situación inframesocólica.

Microbiota:

El término microbiota incluye todos los tipos de organismos que están presentes en un hábitat de tipo medioambiental corporal, donde existen bacterias, virus o eucariotas.

La microbiota bacteriana o flora intestinal es el conjunto de bacterias que viven en el intestino, en una relación de simbiosis tanto de tipo comensalismo como de tipo mutualismo. La adquisición de una sana microbiota intestinal es importante para el logro de un buen estado de salud del organismo.

5 Discusión-Conclusión

Las principales conclusiones obtenidas en este estudio han sido las siguientes:

-Principales enfermedades del intestino grueso:

Cáncer de colon

Enfermedad diverticular

Diverticulitis

Colitis ulcerosa

Enfermedad de Crohn

Estreñimiento

Angiodisplasia

Megacolon agangliónico

Pólipos del colon

Las diferentes interacciones del intestino grueso son:

Es doble, con un sistema intrínseco y uno extrínseco.

El sistema nervioso intrínseco: contiene las porciones correspondientes del Plexo Entérico, que forman parte del sistema nervioso entérico, el cual está constituido por:

El plexo submucoso (de Meissner) que está ubicado en la capa submucosa (sensitivo)

El plexo Mientérico (de Auerbach) dirige el peristaltismo intestinal, se encuentra entre la capa muscular longitudinal y la capa muscular circular(motor).

El plexo Subseroso.

6 Bibliografía

www.clinicamayor.org

Capítulo 196

EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN RELACIÓN CON LA ALIMENTACIÓN Y NUTRICIÓN

MARIA DEL CARMEN DE LA UZ LLERA

1 Introducción

La alimentación es el modo, voluntario y consciente mediante el cual tomamos del exterior una serie de sustancias necesarias para el mantenimiento y desarrollo de nuestro organismo.

Los alimentos son sustancias naturales o transformadas que, al ingerirlas, aportan al organismo materias asimilables con una función nutritiva. Los objetivos de la alimentación son:

Evitar la deficiencia de nutrientes

Evitar el exceso de nutrientes

Mantener el peso adecuado

Impedir la aparición de enfermedades

La alimentación depende de distintos aspectos, como factores culturales, factores sociales, factores económicos, costumbres.

La clasificación de los alimentos se realiza en varios grupos según los nutrientes más significativos.

La nutrición es el conjunto de procesos mediante los que el organismo utiliza, transforma e incorpora en sus estructuras una serie de sustancias recibidas del exterior mediante los alimentos y que tienen que cumplir los siguientes objetivos:

Energética: Suministro de energía para mantener las funciones de los procesos vitales y las actividades. Estos nutrientes son los lípidos y los glúcidos.

Plástica: Aporte de materiales para la formación, crecimiento y reparación de estructuras corporales. Los nutrientes que permiten conseguir este objetivo son principalmente las proteínas y el calcio.

Reguladora: Suministro de sustancias necesarias para regular los procesos metabólicos del organismo. La realizan las vitaminas y los minerales.

La dietética se define como la técnica y el arte de utilizar los alimentos de forma adecuada para proporcionar a cada persona o grupo de personas los alimentos necesarios para su adecuado desarrollo, según su estado de salud y enfermedad, respetando los gustos, las costumbres y las posibilidades individuales.

2 Objetivos

- Definir los conceptos de alimentación, nutrición y dietética.
- Identificar los nutrientes del organismo, sus funciones principales y los principales alimentos que los contienen.

3 Metodología

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

4 Resultados

El organismo obtiene las sustancias necesarias para la salud de los nutrientes contenidos en los alimentos. Los nutrientes se pueden clasificar según su valor energético en:

Macronutrientes: Hidratos de carbono, lípidos y proteínas.

Micronutrientes: Vitaminas, minerales

El agua aunque no es un nutriente es esencial para la vida.

Los hidratos de carbono o glúcidos están formados por carbono, hidrógeno y oxígeno. Se encuentran en los vegetales, frutas, hortalizas, legumbres, pan, pasta,

cereales, azúcar, frutos secos. Según su estructura se clasifican en:

-Monosacáridos: Son los azúcares sencillos. Son:

Pentosas: Forman parte de los ácidos nucleicos

Hexosas: Galactosa, fructosa y glucosa

-Disacáridos: Son los azúcares complejos. Son:

Sacarosa

Maltosa

Lactosa

-Polisacáridos: Forman una molécula compleja

Almidón vegetal

Glucógeno

Celulosa

Sus funciones principales:

Constituyen una fuente de energía rápida

Junto con los lípidos y las proteínas forman parte de las células

Actúan como reserva energética

Forman parte de los ácidos nucleicos

Constituyen junto con las proteínas, los tejidos de sostén del organismo.

Se encuentran en aceites vegetales, margarina, frutos secos, pescado, carne, leche, yema de huevo, aceitunas, manteca.

Los lípidos o grasas están formados por carbono, hidrógeno, oxígeno. Se clasifican en:

-Derivados de ácidos grasos:

Lípidos simples: Monoglicéridos, diglicéridos, triglicéridos.

Los ácidos grasos pueden ser saturados (grasa animal), insaturados (grasa vegetal), poliinsaturados (aceite de semillas)

-Lípidos complejos: Son importantes por su intervención en la estructura celular. Son: Fosfolípidos, glucolípidos.

-Sustancias lipoideas: Isoprenoides están distribuidos en el reino vegetal. Estenoides el colesterol, se encuentra en el tejido animal.

Funciones de los lípidos:

Fuente principal de energía del organismo

Forman parte de los tejidos del organismo

Transporte y absorción de vitaminas

Funcionan como material aislante

Aportan ácidos grasos esenciales.

Las proteínas están compuestas por carbono, hidrógeno, oxígeno, nitrógeno. Son largas cadenas de péptidos que al descomponerse dejan libres a los aminoácidos. Se encuentran en carnes, pescados, aves, huevos, lácteos, legumbres, frutos secos, cereales.

Se clasifican en:

Simples u holoproteínas : Están formadas solo por aminoácidos: albumina, globulares, fibrilares

Complejas o heteroproteínas: Formadas por aminoácidos más otro compuesto: lipoproteínas, nucleoproteínas.

Funciones de las proteínas:

Forman la estructura básica de los tejidos

Forman los anticuerpos

Transmiten las características hereditarias

Desempeñan funciones metabólicas y reguladoras

Proporcionan energía cuando el organismo no puede utilizar glúcidos ni lípidos

Las vitaminas son sustancias orgánicas que no aportan energía pero son esenciales para aprovechar los elementos que nos proporcionan los alimentos. Se encuentran en productos frescos y naturales. Se clasifican en:

Vitaminas liposolubles: A, D, E, K

Vitaminas hidrosolubles: Complejo vitamínico B y vitamina C

Su función principal es participar como reguladores en procesos metabólicos.

Los minerales son compuestos inorgánicos de los alimentos. Entre ellos están: Calcio, fósforo, magnesio, hierro, yodo, sodio, potasio.

Los contienen muchos alimentos como verduras, hortalizas, legumbres, carne, etc.

Funciones:

Materiales de construcción

Interviene en los equilibrios hidroelectrolíticos y ácido-base

Reguladores o formadores de otros elementos.

5 Discusión-Conclusión

La utilización de los alimentos, los métodos de preparación para su ingestión y su distribución a lo largo del día, son algunos de los aspectos que hacen peculiar el modo de alimentarse en una comunidad.

Los nutrientes son sustancias necesarias para la salud, que no pueden ser sintetizadas por nuestro organismo y que por tanto, deben ser ingeridos a través de

los alimentos y la dieta. Su carencia va a producir una enfermedad determinada que sólo curará con la administración del nutriente en cuestión.

Una dieta equilibrada es aquella que incluye una variedad de alimentos en las cantidades adecuadas en función de las características de cada persona y de su estado vida, y que garantizan que se cubren los requerimientos de energía y nutrientes que nuestro organismo necesita para mantener un buen estado nutritivo de salud y bienestar.

El personal de enfermería colabora en la valoración y planificación de la dieta, así como en la administración de los alimentos, según el nivel de independencia del paciente para realizar esta tarea.

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) llevar una dieta sana a lo largo de la vida ayuda a prevenir la malnutrición en todas sus formas, así como diferentes enfermedades no transmisibles y trastornos.

También debemos destacar que el agua es el componente más importante del cuerpo. No es un nutriente energético pero es esencial para la vida. El 65% del organismo está formado por agua.

6 Bibliografía

Evangelina Pérez de la Plaza, Ana M^a Fernández Espinosa. Auxiliar de enfermería. Técnicas básicas de enfermería. Higiene en el medio hospitalario. Séptima edición. Mc Graw Hill Education.

Capítulo 197

CUIDADOS DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN EL PACIENTE TERMINAL

MARIA DEL CARMEN DE LA UZ LLERA

1 Introducción

La enfermedad terminal es la enfermedad que no puede curarse, se encuentra en el último estadio de evolución y a la que sucederá la muerte de la persona en un plazo corto, se estima en seis meses o menos.

Una enfermedad terminal puede presentarse a cualquier edad, aunque donde más aparecen situaciones irreversibles que conducen a la muerte es en geriatría, pues la esperanza de vida ha aumentado considerablemente, es por ello que se ha prolongado la vida de personas en situaciones de enfermedad.

Los cuidados paliativos son el cuidado integral y activo de los pacientes para tratar los síntomas de las enfermedades terminales. La atención en el morir implica procesos de adaptación para las personas, familias y cuidadores.

La Organización Mundial de la Salud señaló como finalidades de estos cuidados:

Calmar el dolor

Controlar los síntomas

Proporcionar apoyo psicológico, social y espiritual

Mantener la vida, pero sin alargarla ni acortarla

Apoyar a la familia durante el proceso terminal y duelo

Se habla de cuidados paliativos cuando se establece un programa para mantener o mejorar las condiciones de vida de un paciente, procurando un bienestar físico, psicológico, social y espiritual.

En este trabajo hablaremos de los cuidados físicos y psicológicos a los que debe enfrentarse el técnico en cuidados auxiliares de enfermería para proporcionar al paciente su máximo bienestar, evitar sufrimiento y lograr una muerte digna.

2 Objetivos

- Describir enfermedad terminal y en qué consisten los cuidados paliativos.
- Explicar los cuidados físicos y psicológicos que debe realizar el técnico en cuidados auxiliares de enfermería a este tipo de pacientes.

3 Metodología

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

4 Resultados

Los cuidados paliativos deben de asegurar el bienestar y la calidad de vida del paciente terminal en su última etapa. Evitar el sufrimiento o al menos disminuirlo, no solo en el aspecto físico, sino también en el psicológico, emocional y espiritual, además del apoyo emocional a la familia:

La finalidad de los cuidados paliativos no es prolongar la vida ni acelerar la muerte, es llegar al final de la vida sin dolor, en paz y rodeado de sus seres queridos.

Cuidados del paciente terminal:

Higiene:

Cuidados de ojos, boca, pies...

Mantener la piel limpia e hidratada

Cuidar la limpieza de la cama

Si el paciente está encamado, realizar cambios posturales

Alimentación:

Las dietas blandas preferiblemente

Fraccionar las comidas en tomas más frecuentes

No forzar la ingestión

Buscar alimentos apetecibles

Mantener el aporte de líquidos

Eliminación:

Observar la regularidad en las eliminaciones

En caso de incontinencia usar los dispositivos más adecuados

Control del estreñimiento

Dolor:

Aplicar el tratamiento farmacológico prescrito

Aplicar otras medidas de alivio (masajes, frío, calor)

Cuidados psicológicos

Kübbler Ross describe cinco estadios por los que pasan los pacientes en situación terminal así como las familias, tras la pérdida.

Estas etapas son:

Negación:

Es la reacción del paciente tras ser informado de que su enfermedad es irreversible, no admite la idea de la muerte, niega incluso que padezca la enfermedad.

Ira:

Es una fase de protesta, cuando el paciente no puede negar su enfermedad empieza a preguntarse ¿por qué? Proyectan la ira en su entorno.

Negación o pacto:

El paciente va aceptando la idea de la muerte, pero realiza promesas con el fin de retrasar los hechos.

Depresión:

Cuando los hechos son tan evidentes, el paciente se da cuenta que está en la recta final de su vida, cae en un estado depresivo.

Aceptación:

Se produce en el momento final de la vida, está muy cansado y débil. Fase sin sentimientos, sin interés por el exterior.

5 Discusión-Conclusión

Cada día es más evidente el interés por los cuidados paliativos, la atención en el morir.

La agonía como la muerte implican una serie de procesos de adaptación para el paciente, su familia y cuidadores.

El técnico en cuidados auxiliares de enfermería debe tener en cuenta todas las fases por las que va a desarrollar el enfermo terminal, y las características tanto personales como de diagnóstico para ayudar tanto al paciente como a sus familiares. El tcae deberá apoyar psicológicamente al paciente y tratarlo con respeto y comprensión durante este proceso y después de producida la muerte.

La actitud debe de ser de empatía y comprensión, también de escucha, dejar al paciente que exprese sus temores, dudas. La espiritualidad y religiosidad tienen una importancia especial en estos momentos, se le facilitará al paciente si él lo demanda.

6 Bibliografía

Evangelina Pérez de la Plaza, Ana M^a Fernández Espinosa. Auxiliar de enfermería. Técnicas básicas de enfermería. Higiene en el medio hospitalario. Séptima edición. Mc Graw Hill Education. <http://www.mheducation.es>
La Organización Mundial de la Salud <https://www.who.int>

Capítulo 198

ESTUDIO SOBRE EL CÁNCER COLOR RECTAL O CÁNCER DE COLÓN

YASMINA BOUTANAACH ABDELKADER

LOURDES REY GUEVARA

GEMMA REY GUEVARA

MARTA GUEVARA SANCHEZ

1 Introducción

El cáncer colorrectal, también llamado cáncer de colon, cáncer de intestino o cáncer rectal, incluye cualquier tipo de neoplasias del colon, recto y apéndice. Se piensa que muchos de los casos de cáncer colorrectal nacen de un pólipo adenomatoso en el colon. Estos crecimientos celulares en forma de seta son usualmente benignos, pero de vez en cuando se vuelven cancerosos con el tiempo. En la mayoría de los casos, el diagnóstico del cáncer localizado es por colonoscopia. El tratamiento es por lo general quirúrgico, y en muchos casos es seguido por quimioterapia.

El cáncer colorrectal, también llamado cáncer de colon, cáncer de intestino o cáncer rectal, incluye cualquier tipo de neoplasias del colon, recto y apéndice. Se piensa que muchos de los casos de cáncer colorrectal nacen de un pólipo adenomatoso en el colon. Estos crecimientos celulares en forma de seta son usualmente benignos, pero de vez en cuando se vuelven cancerosos con el tiempo. En la mayoría de los casos, el diagnóstico del cáncer localizado es por colonoscopia.

El tratamiento es por lo general quirúrgico, y en muchos casos es seguido por quimioterapia.

El cáncer colorrectal causa 694 000 muertes a nivel mundial cada año.

El riesgo de contraer cáncer de colon en los Estados Unidos es de alrededor del 7 %.

2 Objetivos

Divulgar los posibles tratamientos de este tipo de patologías.

Exponer cuáles son los riesgos y daños que entraña esta enfermedad.

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. Dicha información se contrastó con un facultativo especialista en oncología para que pudiera ver lo que era correcto y lo que no era.

4 Resultados

Los principales resultados obtenidos son:

Síntomas:

El cáncer colorrectal no suele dar síntomas hasta fases avanzadas y por eso la mayoría de pacientes presentan tumores que han invadido toda la pared intestinal o han afectado los ganglios regionales. Cuando aparecen, los síntomas y signos del carcinoma colorrectal son variables e inespecíficos. La edad habitual de desarrollo del cáncer colorrectal es entre los 60 y 80 años de edad. En las formas hereditarias el diagnóstico acostumbra a ser antes de los 50 años. Los síntomas más frecuentes incluyen la hemorragia digestiva baja y la rectorragia, cambios en las defecaciones y dolor abdominal. La presencia de síntomas notables o la forma en que se manifiestan depende un poco del sitio del tumor y la extensión de la enfermedad:

Cáncer de colon derecho

Los síntomas principales son dolor abdominal, síndrome anémico y, ocasionalmente, la palpación de un tumor abdominal. Como el contenido intestinal es relativamente líquido cuando atraviesa la válvula ileocecal y pasa al colon derecho, en esta localización los tumores pueden llegar a ser bastante grandes, produciendo una estenosis importante de la luz intestinal, sin provocar síntomas obstructivos o alteraciones notables del hábito intestinal. El dolor abdominal ocurre en más del 60 % de los pacientes referido en la mitad derecha del abdomen. El síndrome anémico ocurre también en más del 60 % de los casos y se debe a pérdida continuada, aunque mínima, de sangre que no modifica el aspecto de las heces, a partir de la superficie ulcerada del tumor. Los pacientes refieren fatiga (cansancio, debilidad) palpitaciones e incluso angina de pecho y se les descubre una anemia microcítica e hipocroma que indica un déficit de hierro. Sin embargo, como el cáncer puede sangrar de forma intermitente, una prueba realizada al azar para detectar sangre oculta en heces puede ser negativa. Como consecuencia, la presencia de una anemia ferropénica en cualquier adulto, con la posible excepción de la mujer múltipara premenopáusica, obliga a hacer un estudio preciso endoscópico y radiológico de todo el colon. Por razones desconocidas, las personas de etnia negra tienen una incidencia mayor de lesiones en el colon derecho que las personas de etnia blanca. Puede pasar desapercibido si se localiza en el ángulo hepático del colon y este se oculta bajo la parrilla costal.

Cáncer de colon izquierdo

Por ser más estrecho, el dolor cólico en abdomen inferior puede aliviarse con las defecaciones. En el caso de algunos pacientes, puede desarrollar anemia por falta de hierro. Igual que en el caso de Cáncer de colon derecho es importante darse cuenta de que no solo pierda sangre por las heces, sino también por otros orificios del cuerpo como puede ser por los orificios nasales (nariz) o por la boca. Es más probable que estos pacientes noten un cambio en las defecaciones y eliminación de sangre roja brillante (rectorragia) condicionados por la reducción de la luz del colon. El crecimiento del tumor puede ocluir la luz intestinal provocando un cuadro de obstrucción intestinal con dolor cólico, distensión abdominal, vómitos y cierre intestinal.

Diagnóstico principal:

Existen varias pruebas que se usan para detectar el cáncer colorrectal. Con los síntomas que relate el paciente al médico, se realizará una historia clínica, donde se detallarán los síntomas, los antecedentes familiares y factores de riesgo en la anamnesis. El médico también le hará una exploración física completa que incluirá un tacto rectal. Con los datos obtenidos se solicitarán exploraciones complementarias o pruebas diagnósticas para confirmar el diagnóstico, determinar

un estadio clínico y establecer un plan de tratamiento.

Tacto rectal

Mediante el tacto rectal se pueden palpar el 20 % de los carcinomas colorrectales y valorar su grado de fijación al tejido vecino. El tacto rectal puede llegar casi 8 cm (centímetros) por encima de la línea pectínea. Aunque se ha demostrado que casi la mitad de los cánceres colorrectales ocurrirán cerca del ángulo esplénico (y serían inaccesibles), un restante 20 % puede palparse. En caso de un cáncer de recto es necesario hacer un tacto rectal cuidadoso, para valorar el tamaño, fijación y ulceración del cáncer, así como el estado de los ganglios u órganos vecinos y la distancia del extremo distal del tumor al margen anal.

5 Discusión-Conclusión

Las principales conclusiones obtenidas de cara a la realización de este estudio son que las principales herramientas de prevención son:

Prevención:

Colonoscopia cada 10 años (prueba de prevención preferida).

Sigmoidoscopia flexible cada 5 años (prueba de prevención alternativa).

Colonoscopia virtual cada 5 años (prueba de prevención alternativa).

Detección:

Test de Inmunohistoquímica Fecal en sangre (FIT) anual (Prueba de detección preferida).

Prueba anual de sangre oculta en heces (PSOH) (Prueba de detección alternativa).

Test del ADN fecal cada 3 años. (Prueba de detección alternativa).

Debe someterse a pruebas de prevención y/o detección precoz de cáncer colorrectal a una edad más joven o hacérselas con mayor frecuencia, si existe cualquiera de los siguientes factores de riesgo de cáncer colorrectal:

Antecedentes familiares de cáncer o pólipos colorrectales (cáncer o pólipos en un familiar de primer grado menor de 60 años o en dos familiares de primer grado de cualquier edad).

Antecedentes familiares conocidos de síndromes de cáncer colorrectal hereditarios (poliposis adenomatosa familiar y cáncer colorrectal hereditario sin poliposis).

Antecedentes personales de cáncer colorrectal o pólipos adenomatosos: Se recomienda colonoscopia anualmente en el caso de cáncer colorrectal y de uno a tres años en el caso de pólipos adenomatosos.

Antecedentes personales de enfermedad inflamatoria intestinal.

6 Bibliografía

www.medlineplus.gov

Capítulo 199

LA EPIDEMIA DE LA GRIPE DESDE LA LABOR DEL TECNICO DE CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA

EVA TRUJILLO UTRILLA

LAURA GONZALEZ ABAD

PILAR GALIANO PUERTAS

MARIA JOSE MURILLO FERNANDEZ30210335L

VERÓNICA VERGARA VERGARA

1 Introducción

La pandemia de gripe de 1918, también conocida como gripe española, fue una pandemia causada por un brote del virus de la gripe tipo A, subtipo H1N1.3

La gripe es una infección vírica que afecta el sistema respiratorio y se contagia fácilmente.

Se considera la pandemia más devastadora de la historia humana, se extendió a gran velocidad por todo el mundo y en solo 18 meses infectó a un tercio de la población mundial. La férrea censura de los países implicados en la Gran Guerra escondió su gravedad.

La cepa mataba a sus víctimas con una rapidez sin precedentes. El drama de la guerra también sirvió para ocultar las elevadísimas tasas de mortalidad las

muertes solían achacarse a la neumonía. La gripe española no tiene cura, la enfermedad desapareció a finales del año 1919 y principios de 1920, y no se han registrado más casos de la enfermedad desde esa época.

Principales síntomas:

El virus de la gripe española tiene la capacidad de afectar varios sistemas del organismo, es decir, podía causar síntomas al alcanzar el aparato respiratorio, nervioso, digestivo, renal o circulatorio.

- Dolores musculares y en las articulaciones.
- Dolor de cabeza intenso.
- Insomnio.
- Fiebre por encima de 38°.
- Cansancio excesivo.
- Dificultad para respirar.
- Sensación de falta de aire.
- Inflamación de la laringe, faringe, tráquea y bronquios.
- Neumonía.
- Dolor abdominal.
- Aumento o disminución de los latidos cardíacos.
- Proteinuria, que es el aumento de la concentración de proteína en la orina.
- Nefritis.

2 Objetivos

Contribuir a un mejor conocimiento del modo en que una epidemia altera la dinámica de una colectividad, estudiando la manera en que la epidemia de gripe de 1918-19 afectó a la sociedad según el análisis del tipo de reacciones que esta situación provoca en sus diferentes sectores

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo se han llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de diferentes paginas web y recopilando aquello que me parecía importante para la elaboración de este capítulo.

4 Resultados

Como consecuencia de la pandemia los salarios en España se estancaron mientras los precios se disparaban y el país sufría los estragos de la llamada Gripe española, una pandemia mundial surgida en 1918 que, según algunos autores, causó la muerte a casi cincuenta millones de personas.

La historia de las pandemias nos enseña que las enfermedades víricas de transmisión aérea siguen casi siempre el mismo patrón. Ante el nuevo virus SARS-CoV-2, tenemos un punto de referencia nítido y bien estudiado: la pandemia de gripe española. La pandemia de 1918 tuvo un impacto en la participación electoral.

En algunos pueblos y ciudades hubo problemas para conseguir que suficientes empleados electorales se hicieran presentes en las mesas de votación, ya que temían contraer la influenza.

La predilección por los individuos jóvenes adultos, que constituían la mayor parte de la población activa, provocó que la actividad económica se redujera, e incluso en algunas localidades quedara prácticamente paralizada.

La gripe española está catalogada como "la peor gripe de la historia", se estima que acabó con la vida de entre 50 y 1.000 millones de personas.

Según la mayoría de estudios, los efectos económicos de la pandemia de 1918 fueron de corta duración. Durante la corrección, las acciones de capitalización reducida registraron rentabilidades comparativamente inferiores y las acciones ganadoras evolucionaron en línea con el mercado.

Durante el verano de 1918 el virus sufrió una mutación y por ello pasó a ser un agente infeccioso letal.

Varios países europeos y americanos entraron en un estado de histeria masiva, y en muchos de estos se llegó a implementar desde toque de queda hasta la detención de ciudadanos que deambulaban por la calle sin protección respiratoria.

Las morgues y hospitales prácticamente se abarrotaron de cadáveres, debiendo derivar el traslado de cuerpo directamente a quemaderos industriales con el fin de deshacerse rápidamente de los mismos.

Aunque existen diversas campañas de vacunación antigripal ninguna de ellas, incluso la más efectiva, es útil sin la colaboración del personal sanitario que es fundamental a la hora de informar y educar a los usuarios dando ejemplo, ya que sus propias motivaciones pueden influir en el aumento o descenso de las coberturas vacunales de la población.

Los efectos económicos de la Gripe Española son poco conocidos debido a la falta de instrumentos de contabilidad nacional existentes en la época.

Los estudios actuales achacan la causa a un brote de influenza virus A, del subtipo

H1N1. La «Gripe Española» tuvo otra cruel característica: los principales afectados fueron jóvenes de entre 20 y 40 años, posiblemente por no haber estado expuestos en su niñez al virus y no haber desarrollado la inmunidad natural.

Se extendió el uso de mascarillas de tela para protegerse del contagio. Dicha enfermedad tiene gran poder difusivo y poca virulencia el microorganismo que la origina y la propaga, extremar la limpieza de las ropas y utensilios que se pongan en contacto con los enfermos.

Con esta propagación los hospitales estuvieron muy colapsados y los centros de salud militares tenían todas sus plazas llenas.

La gripe mal llamada española azotó a prácticamente el mundo entero. Mucha gente pereció a causa de la enfermedad y además, el miedo era tal, que hubo quienes murieron de hambre porque nadie se atrevía a acercarse a un enfermo.

Es necesario buscar medidas que mitiguen la alta morbilidad y los trastornos sociales y económicos en el caso que se de una epidemia:

- (1) vigilar la aparición de casos humanos en los países que padecen brotes aviarios;
- (2) detectar los casos importados;
- (3) confirmar el diagnóstico;
- (4) investigar los casos sobre el terreno e interpretar los resultados.
- (5) identificar las poblaciones más vulnerables a la infección.
- (6) detectar los primeros signos epidemiológicos
- (7) intervenir rápida y adecuadamente .
- (8) producir vacunas y antivirales , como medidas para mitigar la morbilidad y la mortalidad durante una pandemia, y lograr que estas intervenciones tengan una amplia cobertura.

5 Discusión-Conclusión

Las acciones estratégicas propuestas van encaminadas a fortalecer estos y otros recursos mundo para hacer frente a la presente emergencia.

La vacuna es la principal medida para prevenir la enfermedad y sus complicaciones. Para que una campaña de vacunación funcione existe la necesidad de aumentar los conocimientos de los diferentes profesionales sanitarios. Así como potenciar la importancia de la seguridad de la vacuna, pues entre los principales motivos para no vacunarse se encuentran el miedo a efectos adversos o las dudas sobre la eficacia de la vacuna.

6 Bibliografía

- 1- <https://libros.cienciasanitaria.es/libros/99-edicion-xx-libros-electronicosabril-2021/envia>.
- 2- <https://www.bing.com/search?q=introduccion+de+la+epidemia+de+la+gripe&cvid=952a7effbd1f4ae98aa3a48c7fdb1319&aqs=edge..69i57.34414j0j1&pg>.
- 3- <https://www.bing.com/search?q=epidemia+de+la+gripe&FORM=HDRSC1>.
- 4- https://historia.nationalgeographic.com.es/a/gripe-espanola-primerapandemia-global_12836#:text=La%20pandemia%20de%201918%20y%201919,%20tamb.
- 5- <https://www.tuasaude.com/es/gripe-espanola/>.
- 6- <https://enfermeriaendesarrollo.es/en-sociedad/la-gripe-espanola-de-1918-y-el-papel-de-los-cuidadores/>.
- 7- <https://www.clinicbarcelona.org/asistencia/enfermedades/gripe/definicion>.
- 8- <https://eprints.ucm.es/id/eprint/2765/>.
- 9- https://www.abc.es/historia/abci-catastroficas-consecuencias-economicasdejo-gripe-espanola-1918-202003120151_noticia.html?ref=https%2F%2Fwww.bing.co.
- 10- <https://www.eldiariomontanes.es/sociedad/salud/transcurrio-tercera-gripe20201230111827-ntrc.htmlhttps://>.
- 11- <https://www.bbc.com/mundo/noticias-internacional-54226962>.
- 12- <https://economy.blogs.ie.edu/archives/2009/09/efectos-economicos-de-lagripe-espanola-1918-19>.
- 13- <https://www.futuroafondo.com/es/noticia/efectos-economicos-de-pandemiade-1918>.
- 14- https://www.abc.es/archivo/abci-11-conclusiones-gripe-espanola-terribleantecedente-coronavirus-202003130204_noticia.htm.
- 15- <https://www.efesalud.com/gripe-1918-como-afecto-espana-mundo>.
- 16- https://www.ecured.cu/Gripe_esp%C3%B1ola.
- 17- <https://addi.ehu.es/bitstream/handle/10810/13031/mayo.pdf?sequence=2&isAllowed=y>.
- 18- <https://mentepius.com/educacion/historia/gripe-espanola>.
- 19- <https://www.msn.com/es-mx/noticias/tecnologia/cu%C3%A1l-es-el-papel-de-la-enfermer%C3%ADa-en-la-pandemia>

Capítulo 200

EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) ANTE LA PROMOCIÓN DE LA SALUD

EVA TRUJILLO UTRILLA

LAURA GONZALEZ ABAD

PILAR GALIANO PUERTAS

MARIA JOSE MURILLO FERNANDEZ30210335L

VERÓNICA VERGARA VERGARA

1 Introducción

La promoción de la salud es el proceso para proporcionar a la sociedad los medios adecuados y necesarios para mejorar su salud y así ejercer un mayor control sobre la misma. Influye directamente sobre el desarrollo y el fortalecimiento de aquellas conductas y estilos de vida que ayudan a lograr un estado y actitud de vida saludable. Se abordan temas como actividades que promuevan mantener hábitos saludables, proveerlos métodos que incentiven el cambio, la dedicación durante la educación a la salud, modelos informativos, ayudas económicas y científicas para continuar progresando.

Este es uno de los pilares que consiguen una sociedad con exitosa. Es una clave para disminuir todo lo que deriva en el envejecimiento de la población. Este proceso permite como comentamos el incremento de la salud cara un estado completo de bienestar físico y mental .

Todo esto va mas allá de la medicina y del campo medico ya que implica factores ambientales , económicos , biológicos e incluso cambios del estilo de vida.

Existen tres áreas esenciales de acción:

Construir políticas saludable, desarrollar habilidades personales y ambientes que favorezcan a la salud .

Como bien se definía en la carta Ottawa de 1986.

Las ciudades tiene gran repercusión ya que una ciudad saludable con buenos proyectos urbanos que favorezcan estas situaciones hacen que mejore la calidad de vida y promueven el bienestar social.

2 Objetivos

Poner de manifiesto la importancia de cómo un modelo de promoción de salud puede influir directamente en la calidad de vida de una sociedad.

3 Metodología

Se ha realizado una revisión bibliográfica de publicaciones científicas con el uso de bases de datos como: Scielo, Pubmed, Google Académico, Cuiden Plus, DialneT. Adicionalmente se buscaron artículos publicados en los últimos años con palabras clave como: salud, autocuidado, calidad de vida, promoción, técnicas educativas, conducta.

4 Resultados

Hay distintos enfoques, pero todos coinciden en el beneficio del individuo, algunos de ellos son:

1. Desarrollo de estrategias de comprensión de nosotros mismos y de nuestros cuerpos, según lo cual, no somos individuales sino que coexistimos en una sociedad que tiene impacto sobre nuestra propia salud.
2. También afrontar la promoción de la salud de forma individual, capacitando al usuario sobre el autocontrol de su propia salud y dotándolo de información y herramientas
3. Responsabilidad a nivel gubernamental con el objetivo de proporcionar los medios y la información necesaria a la sociedad

Además de lo personal y el tener en cuenta una estrategia global para su aplicación y difusión, tiene que tener estos principios comunes a las mismas: políti-

cas publicadas saludables, creación de entornos favorables, fortalecimiento de acciones comunitarias, desarrollo de habilidades personales y reorientación a los servicios de salud.

Tenemos que tomárnoslo como una prioridad ante la vida, si esta es saludable, la gran parte de la población va a adoptar estos pasos a seguir. Disminuyendo así el gran aumento del sedentarismo , estrés que acarrea trastornos psicológicos , llevándonos a una incorrecta alimentación , incremento de alcohol y sustancias nada positivas para llevar una buena salud.

Como citamos anteriormente no podemos dejar de darle importancia a estas situaciones ya que nos puede llevar vernos en un estado nada recomendable para nuestra salud tanto física como mental.

Por eso es también muy importante crear estos hábitos desde muy temprana edad para que se conviertan en su día a día, no en un sacrificio a cambiar (el que nos podría crear trastornos psicológicos cómo los citados anteriormente) y así poder llevar la vida sana y saludable que beneficiara al ser humano y a la sociedad en la vivimos.

5 Discusión-Conclusión

Tras los puntos comentados anteriormente, no queda más que decir que el papel del gobierno en la gestión estratégica e informativa de la promoción de salud tiene un papel que impacta directamente de manera exponencial. Siendo prácticamente el percusor y motivador de este estado. Lógicamente el cómo reaccione el individuo miembro de una sociedad, también impacta notablemente, pero sin comparación de cómo puede influir una estrategia que empuje, materialice y asigne presupuesto.

También es muy importante la función sanitaria ya que tienen un gran compromiso en labores de aprendizaje hacia una visión nueva del bienestar que el ciudadano necesita ver. Enseñándoles acciones saludables que les favorezca en su día a día.

6 Bibliografía

1. www.universidadviu.com www.salud.gob.sv
2. Protocolos varios hospitales asturianos.
3. centros de salud

Capítulo 201

EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) AL PACIENTE NEUROLÓGICO CON ESCLEROSIS MÚLTIPLE

EVA TRUJILLO UTRILLA

LAURA GONZALEZ ABAD

PILAR GALIANO PUERTAS

MARIA JOSE MURILLO FERNANDEZ30210335L

VERÓNICA VERGARA VERGARA

1 Introducción

La esclerosis múltiple es una patología del sistema nervioso central (SNC) provocada por un daño progresivo de la mielina, con pérdida de funcionamiento del nervio a consecuencia del daño, destrucción o malformación. La mielina (vaina que es una estructura multilaminar formada por las membranas plasmáticas de las células de Schwann que rodean con su citoplasma a los axones de las neuronas), sufre destrucciones por inflamación y cicatrización impidiendo entonces que los impulsos neuronales viajen con rapidez .

Su causa es desconocida e implica inflamación del tejido nervioso repetida en cualquier área de SNC porque las células del sistema inmune atacan al sistema

nervioso central. Esta inflamación destruye la vaina de las células de esa área , variable según persona y episodios, dejando muchas áreas de tejido cicatricial (esclerosis) provocando un retraso en la transmisión de impulsos originando los síntomas. Los síntomas son variables dependiendo de la zona y magnitud del episodio, estos pueden durar días , semanas ,incluso meses. También es probable que aunque su periodo sea corta , surjan recaídas, incluso algunas teniendo que tener cuidados ambulatorios.

Como decíamos, las causas son desconocidas, pero en ello puede influir :

- Geográficas.
- Genéticas. estudios confirman en gemelos idénticamente iguales se desarrolla, así mismo hijos de pacientes tiene un alto riesgo de heredarlo, aun así no se puede determinar los genes que influyen.
- Virus.

Un diagnóstico precoz suele ser difícil solo en algún caso puede detectarse síntoma en analíticas rutinarias. Muchas veces también se detectan o se manifiestan por: debilidad 35% pérdida de sensibilidad 37% parestesias 24% problemas ópticos 36% algunas con menos porcentajes como: vértigo 6% demencia 2% parálisis facial 1% caídas 1% .Todos estos síntomas son también variables según cada persona y episodio

2 Objetivos

Exponer e indicar en qué consiste la valoración, diagnóstico y tratamiento farmacológico y no farmacológico del paciente con esclerosis múltiple.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo se han llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas. Las palabras clave utilizadas han sido: cuidados, atención, esclerosis múltiple, paciente, brote, mielina, síntomas, tratamiento, farmacología.

4 Resultados

Valoración del paciente:

1- Historia clínica: primeros síntomas , valorar si esos síntomas afectan a las tareas diarias , en su trabajo, si para ellas necesitan ayuda de conocidos o familiares y necesitan de fármacos para poder llevarlas a cabo y si alguien de su ámbito cercano (familiares) tienen síntomas similares.

2- Exploración del paciente, física y mental, que valore el estado mental y sus funciones motoras y sensitivas, así como la rapidez y exactitud en respuestas y situaciones en las que el paciente tendría que mostrar un orden y exactitud en sus recuerdos más cercanos. También juega un papel muy importante valorar sus emociones, se tendrá que valorar su tristeza , euforia también, indiferencia, irritación, incluso su agitación. Por su puesto y no menos importante su función sensitiva ante el dolor, también táctil, hormigueos , sentido de la posición y sensación ante el calor como por ejemplo a la quemazón. Observaremos también su agudeza visual , campos oculares para así poder valorar una posible pérdida de visión ,presbicia ,visión doble o borrosa.

Un buen estudio diagnóstico incluye exploraciones complementarias como pueden ser mielogramas y exámenes sanguíneos.

Tras el diagnóstico se suministrarán diferentes fármacos según evolución del brote como:

- 1- Glucocorticoides para ataques agudos
- 2- Inmunodepresores para disminuir la frecuencia de estos.
- 3- Acth muy útil para la enfermedad
- 4- el beta interferón disminuye hasta un 5% las exacerbaciones .
- 5- corticoides en dosis altas para las recaídas.

El administrar tratamientos terapéuticos nos servirán para dar apoyo y aliviar los síntomas del paciente; eso si acompañados de una buena alimentación, un buen descanso, ejercicio adecuado, ya que la terapia física es un punto también muy importante porque ayuda al paciente a mantener su fuerza muscular y una positiva movilidad de las articulaciones.

Otras pautas no farmacológicas a tener en cuenta son las siguientes:

Una buena actividad física , control alimentario basada en productos saludables y técnicas de ayuda como yoga acupuntura y técnicas relajantes pueden ayudar una mejoría y una buena calidad de vida frente a la enfermedad. Una buena terapia ocupacional les vendrá bien adaptar su vida diaria a la situación actual en la que se encuentre el paciente y siempre acompañada de una fisioterapia específica para esta enfermedad.

También tendremos que hacer consiente al paciente de la situación en la que se encuentra para que así pueda tener en cuenta nuestras recomendaciones como, temperatura ambiental ,su respiración, evitar sobre esfuerzos, y habitar sus horas a cada momento .

Una vez realizados todos estos pasos, tanto pacientes como personal médico podrán recibir unos buenos resultados tras una buena evaluación.

Cumpliendo todos estos pasos se puede llevar casi siempre una buena evolución de la enfermedad.

Es muy importante también los conocimientos del técnico en cuidados auxiliares de enfermería (TCAE) y resto de personal sanitario para poder actuar de forma adecuada ante cualquier estadio en el que se encuentre esta y poder realizar las funciones de forma adecuada y satisfactoria para todos .

Cualquier mal acto o movimiento puede afectar muy negativamente al paciente como a resto de sanitarios, ya que su labor sería mucho más complicada y más difícil y llevar de nuevo al paciente a una estabilidad dentro de la enfermedad en la que se ve inmerso. Los resultados como decimos son siempre más positivas ante una buena y rápida actuación tanto por los conocimientos del paciente como del TCAE y el personal sanitario que lo atiende.

5 Discusión-Conclusión

Aunque sea una enfermedad muy complicada y degenerativa que va acompañado de un proceso largo de tratamientos y de esfuerzos, los resultados pueden ser muy gratificantes, y positivos por su rápida mejora dentro de la enfermedad. Cada vez se tienen más adelantos para frenar dicha enfermedad y conseguir así que sea más lenta y tener más calidad de vida. Para conseguir buenos resultados y objetivos lo primordial sería una buena información y formación por parte de todos.

Una actuación eficaz y rápida por tomada por el personal y paciente siempre será positivo y se tendrán más mejoras que consecuencias en los tratamientos y resultados.

6 Bibliografía

1. WWW.MAYO CLINIC.ORG
2. REPOSITORIO.UNCAN.ES

Capítulo 202

ACTUACIÓN DEL TÉCNICO AUXILIAR EN CUIDADOS DE ENFERMERÍA(TCAE) EN LA PROMOCIÓN Y EDUCACIÓN DE LA SALUD

RABIA BENSALTANA LAHJAOUZI

1 Introducción

La primera persona que utilizó el término ” Promoción de la Salud”, fue Henry Sigerist (1891- 1957).

Para hablar de Promoción de Salud, diremos que siempre ha estado presente, pero solo desde hace más de un siglo se ha considerado una función de los servicios sanitarios.

La principal herramienta de la Promoción de la Salud es la Educación ,que comprende los procesos que permiten a las personas incrementar el control sobre su salud, para mejorarla.

La Salud, se considera un recurso para la vida diaria y no el objetivo de la vida.

La Promoción de la Salud , pone en marcha medidas de autoayuda y autocuidado para promover, mantener o restaurar la salud de los individuos y las comunidades.

No es un servicio médico, aunque los profesionales sanitarios tienen un papel muy importante.

La carta de Ottawa para la Promoción de la Salud (Organización Mundial de la Salud (OMS), Ginebra 1986), la define como ” el proceso que permite a las

personas aumentar el control sobre su salud y los determinantes para mejorarla”.

Existen cinco áreas de acción prioritarias de Promoción de la Salud:

- Establecer una política pública saludable.
- Crear entornos que apoyen la salud.
- Fortalecer la acción comunitaria para la salud.
- Desarrollar las habilidades personales.
- Reorientar los servicios sanitarios.

Para promocionar la salud, existen métodos y medios. Los métodos son las diferentes formas que dispone la Promoción de la Salud para hacer llegar a la población el contenido de su mensaje educativo y los medios, son los recursos educativo, material elaborado con la intención de facilitar los procesos de enseñanza-aprendizaje.

El TCAE , participa activamente en la elaboración del diagnóstico de salud de los ciudadanos, colaborando en tareas de planificación, organización y evaluación de los programas de salud, así también en la formación y manejo de grupos con conocimientos y empleo de técnicas grupales.

2 Objetivos

Poner de manifiesto la importancia de la actuación del TCAE en la promoción y educación de la salud.

3 Metodología

Este capítulo se elaboró realizando una revisión bibliográfica en las principales bases de datos como Dialnel, Google ,Scielo, usando palabras clave tales como: promoción de la salud, educación para la salud y autocuidado.

Se realiza revisión sistemática entre la relación de la Promoción y Educación de la Salud, también se usa una estrategia de búsqueda basada en la lectura de páginas web, artículos, excluyendo todo aquello que no se ajusta a los criterios de búsqueda iniciales.

4 Resultados

Existen varios elementos que facilitan la promoción del autocuidado de las personas como son:

-Personalización de la atención al paciente.

_Acompañamiento al paciente a lo largo del proceso de enfermedad.

_Habilidad de comunicación y escucha activa entre el auxiliar de enfermería y el paciente.

_Respeto al principio de autonomía del paciente, respetando en todo momento su privacidad.

_Atención individualizada , cuando el paciente lo requiera.

Entre los resultados obtenidos con la participación activa del TCAE, con su apoyo al equipo multidisciplinar de su centro de trabajo en la Promoción y Educación de la Salud de las personas podemos destacar:

-Los cambios producidos en las características y habilidades personales a raíz de la educación proporcionada por el equipo multidisciplinar , entre ellos el TCAE.

-Los cambios en las normas y acciones sociales, en las prácticas organizativas atribuibles a las actividades de la Promoción de la Salud.

-Cambios en conductas que mantienen a las personas en hábitos no saludables, incentivando el autocuidado; así acciones individuales en áreas como la alimentación equilibrada, tiene un efecto directo sobre nuestro rendimiento físico e intelectual y nos proporciona un crecimiento y desarrollo adecuado; saber manejar el estrés al que estamos sometidos con nuestro ritmo de vida, evita la fatiga física y emocional, si aprendemos a gestionarlo invertiremos en calidad de vida y repercutirá de manera positiva en nuestra salud. El ejercicio físico favorece el bienestar psicológico, conlleva a evitar el consumo de tabaco, y comer adecuadamente con una dieta saludable acorde a nuestro ritmo de vida y edad.

El sueño y el descanso son fundamentales, el sueño es un estado activo y dinámico complejo, una buena calidad de sueño tiene un gran impacto en nuestra salud.

Todos estos resultados conseguidos , se deben llevar a cabo a lo largo del tiempo para que sean efectivos .

5 Discusión-Conclusión

La Promoción y Educación de la Salud constituye un instrumento imprescindible en la respuesta a los problemas y situaciones de salud más relacionadas por la obtención de un nivel de salud compatible con una buena calidad de vida, para esto se necesita de la sensibilización y capacitación correspondiente que haga posible la Promoción de la Salud de los individuos.

La figura del TCAE es una ayuda indispensable dentro del equipo multidisciplinar, apoyando, valorando y ejecutando las distintas áreas para lograr una

buena Promoción y Educación de la Salud, dirigida al mejoramiento de la Salud de los individuos y de las comunidades.

Nuestra salud dependerá finalmente de nuestra implicación individual y colectiva, de nuestra situación familiar y cultural , así como nuestra disponibilidad de recursos.

Por último diremos que la Promoción de la Salud es un punto de partida, una filosofía de trabajo, una herramienta, una legítima aspiración pública y debe , por ello , ser una tarea colectiva y compartida

6 Bibliografía

- 1)_M.^a Pilar Benito Lahuerta, M.^a José Simón Saiz, Antonio Sánchez Moreno , Mar Matachana Falagán, 2013. Promoción de la Salud y apoyo psicológico al paciente. Madrid. Ed. Mc Graw Hill.
- 2)_M.^a Luz García Gámiz, J. Fernando Martínez Atienza. 2012. Promoción de la Salud y apoyo psicológico al paciente. Madrid. Ed. Paraninfo.
- 3)Ministerio de Sanidad y Consumo y Bienestar Social.
- 4)Binasss.sa.cr.revistas. art 2.
- 5)Prieto Hernández (2011) Gestión y Organización del Proceso asistencial en Atención Primaria. (Servicio de Salud del Principado de Asturias

Capítulo 203

APOYO EMOCIONAL AL PACIENTE POR PARTE DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE)

RABIA BENSALTANA LAHJAOUZI

1 Introducción

El apoyo emocional es entendido como la capacidad de percibir lo imperceptible, lo que exige al servicio sanitario o TCAE un alto nivel de sensibilidad para interpretar las manifestaciones verbales y no verbales del paciente hospitalizado. La comprensión adecuada de esas manifestaciones, cómo el paciente percibe la enfermedad, el proceso de hospitalización y su tratamiento, será esencial (Ayarra y Lizarraga, 2001). Además, ha de ser capaz de proporcionar sensación de seguridad.

Así, para desarrollar el apoyo emocional se necesita que el equipo de enfermería y TCAE sean buenos oyentes, se muestren atentos y dispuestos a confortar a los pacientes.

La ausencia de una definición de lo que es el apoyo emocional se refleja en la práctica asistencial. De este modo, el cuidado esencialmente instrumental es un pilar básico de los aspectos psicosociales y emocionales que permean la relación entre el equipo de enfermería, TCAES y pacientes (Lemos y Rossi, 2002).

El apoyo emocional debe ser comprendido en forma de cuidados, siendo los objetivos fundamentales ofrecer la mejor atención, confort y bienestar al paciente.

Por lo tanto, la atención dispensada debe ser integral, considerando la totalidad y complejidad del ser humano, tanto su dimensión física como la psicológica, ya que ambas se asocian al cuidado instrumental a través de, por ejemplo, la medicación o la higiene, entre otros. El cuidado expresivo, por su parte, engloba al aspecto psicosocial, el relacional y el apoyo emocional (Carrobbles, Remor y Alzamora, 2003).

Por todo lo expuesto, se ha de tener muy en cuenta que la promoción del apoyo emocional ha alcanzado resultados positivos en el proceso de recuperación de los pacientes hospitalizados en la unidad de hospitalización. Los cuidados instrumentales, y expresivos, se complementan para reducir, o inclusive sanar, el sufrimiento físico y psíquico, bien provocado por el proceso de la enfermedad o por un ingreso hospitalario (Miranda et al., 2012).

El paciente, durante el periodo de su estancia en el hospital, además de sufrir cambios y rupturas de sus relaciones y de su cotidianidad, puede sentir miedo e inseguridades, ansiedad y expectativas que son capaces de hacerle retroceder en el proceso de adaptación y en su recuperación (Oriá, Moraes y Victor, 2004).

El equipo de enfermería y TCAES, que mantienen un contacto directo y permanente con los pacientes hospitalizados, deben colocarse en la posición de facilitadores del proceso de hospitalización, a través de la asistencia integral que abarca, además del cuidado instrumental, el apoyo emocional.

2 Objetivos

- Dar a conocer la importancia de la percepción del paciente ingresado en un hospital, sobre la calidad del apoyo emocional recibido.
- Identificar cómo puede beneficiar el apoyo emocional prestado por el equipo de enfermería y TCAE.

3 Metodología

Para responder a este objetivo, se ha llevado a cabo una revisión bibliográfica teórica a través de la base de datos Google Scholar, con restricción de fecha 2000-2020 y combinando los siguientes descriptores: apoyo emocional, TCAE, paciente, percepción, satisfacción, sanidad. A través de estos tópicos, se encontraron 32 documentos, de los que se descartaron aquellos que no se relacionaban con el tema de interés.

De este modo, se eliminaron 11 salidas de la web.

4 Resultados

Los estudios analizados al respecto del objeto planteado presentan muestras diversas, encontrando una gran variabilidad de edades que abarca desde los 30 hasta los 70 años. También se ubican en distintos hospitales, tanto públicos como privados.

Se halla el proceso de ingreso hospitalario, se caracteriza porque los pacientes manifiestan los más diversos sentimientos, como por ejemplo: el miedo, la rabia, las expectativas, la ansiedad, la angustia, la soledad y el estrés. Los sujetos refirieron estar nerviosos e irritados debido al tiempo de días de ingreso en el hospital, por el cambio en la rutina de sus vidas, por la falta de privacidad y por la vivencia del sufrimiento de otros pacientes, manifestando que les gustaría estar en casa y cerca de sus familiares.

Las instituciones acogedoras, a través de las normas establecidas, determinan el horario de la medicación, alimentación, sueño, baño, realización de las curas y demás procedimientos. Esta rutina hace que el paciente tenga su espacio personal y territorial invadidos constantemente, generando sentimientos de pérdida de control sobre sí y sobre el ambiente.

Por ello, se convierte en imperativo que el enfermero y TCAE identifiquen los sentimientos causados por el ingreso para intentar minimizarlo, sobre todo intentando proporcionar una mejor adaptación del paciente durante el ingreso en el hospital. Se constata que las emociones se pueden alterar por la sensación de presión, ya que la rutina institucional no permite salir a la hora que se desea los pacientes ingresados.

Por otro lado, el ingreso también puede ser visto como un proceso que lleva a la cura, amenizando el dolor y el sufrimiento del paciente, con perspectiva de descubrir la patología y realizar un tratamiento efectivo. Los pacientes se tranquilizan después de ser dados de alta, ya que saben que recibirán cuidados específicos, utilizando los recursos especializados. Por lo tanto, al estar hospitalizados y recibir informaciones incorrectas o imprecisas, se pueden sentir bastante ansiosos.

Con respecto al equipo de enfermería y TCAE se enfatiza, cada vez más, la importancia de la asistencia integral a los pacientes, considerados en su totalidad, a través de acciones que abarquen el cuidado físico y lo emocional, posibilitando una comprensión amplia de su sufrimiento. Sin embargo, los avances tecnológicos, asociados a la sobrecarga de trabajo, han dificultado bastante la relación entre el equipo de enfermería, TCAE y pacientes, que se convierte en más fría y objetiva.

Para una mejor atención integral, es necesario el ofrecimiento de todo el soporte técnico científico disponible en cuanto a la formación de vínculos entre paciente y el profesional médico. El equipo de enfermería y TCAE necesitan prestar atención a los factores emocionales de los pacientes que se encuentran bajo sus cuidados. El foco del cuidado es el paciente y no su patología, lo que proporciona un mayor resultado benéfico al tratamiento.

Independientemente de las patologías o del procedimiento que el paciente vaya a realizar, es importante que tenga la oportunidad de expresar lo que está sintiendo, su ansiedad, su miedo o sus expectativas. Es importante que el equipo de enfermería y TCAE aclaren sus dudas y lo incentive a expresar sus sentimientos, intentando transmitir seguridad y calma.

5 Discusión-Conclusión

A modo de conclusión, se debe recordar que estamos trabajando con personas y no con objetos. La curación de los pacientes requiere encuentros intensos y repetidos diálogos. El servicio al paciente exige una gran vocación que contempla: la entrega, la dedicación, el amor, la colaboración, la armonía, la paciencia, la tolerancia. Si tenemos en cuenta todo lo anterior, los frutos que cosecharemos serán mayores.

El proceso de hospitalización genera alteraciones emocionales cuyos sentimientos varían tanto en la forma como en la intensidad de cada paciente. El desconocimiento del cuadro clínico, la rutina impuesta por el hospital, el distanciamiento de los familiares, de su residencia y de sus objetos, además de la incertidumbre en cuanto al tratamiento que va a recibir, las expectativas generadas por la cura y por el alta hospitalaria, son algunas de las causas de cambios en el ámbito emocional del paciente ingresado.

6 Bibliografía

1. Carrobbles, J. A., Remor, E., & Alzamora, L. R. (2003). Afrontamiento, apoyo social percibido y distrés emocional en pacientes con infección por VIH. *Psicothema*, 15(3), 420-426.
2. Carta de la salud. (2007). Los derechos y deberes del paciente.
3. Fabelo Roche, J. R., Iglesias Moré, S., Orozco, S. B., Muñoz, A. R., & Amador Montejo, J. (2012). Percepción de apoyo social por pacientes con enfermedad alcohólica en fase de recuperación. *Revista del Hospital Psiquiátrico de La Habana*, 9

Capítulo 204

EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) ANTE UN NEONATO PREMATURO

MARIA GEMA VALENTIN FERNANDEZ MARTIN

1 Introducción

Un recién nacido (RN) prematuro es el que nace antes de las 37 semanas de gestación y 32 semanas en el caso del gran prematuro.

Los neonatos prematuros tienen un peso menor de 2.500 g., e incluso 1.500 g. en el caso del gran prematuro. Su piel es muy delgada, brillante, rosada o enrojecida, que nos permite visualizar las venas. El tejido adiposo es escaso, tiene poca cantidad de pelo en su cuero cabelludo, aunque puede presentar bastante cantidad de un vello corporal suave, el lanugo. Su llanto y tono muscular son débiles. Sus genitales son pequeños y subdesarrollados, los testículos no están en sus bolsas escrotales, ni los labios mayores cubren toda la vulva. Debido a la inmadurez de todos sus órganos internos el neonato prematuro presenta una serie de problemas a corto plazo: problemas respiratorios, cardiovasculares, sanguíneos, metabólicos, etc.

Hay numerosos estudios que han confirmado que los grandes prematuros, en etapas posteriores, son niños con un riesgo aumentado de trastornos del comportamiento, del aprendizaje, de la integración social. Estas alteraciones en un principio se suponían que eran consecuencia de su inmadurez cerebral al nacer y de las patologías que presentan a lo largo de su estancia en la UCIN (unidad de cuidados intensivos neonatales), pero cada vez existen más certezas de que las continuas agresiones ambientales, físicas y sociales sobre su cerebro inmaduro

en desarrollo, serían responsables de gran parte de estas secuelas y evitar estas secuelas es el reto y la responsabilidad de la enfermería dentro de la UCIN.

Existen grandes diferencias entre el medio intrauterino (donde el feto está suavemente acunado en un cálido líquido amniótico, aislado de infecciones y bien protegido contra la luz y el sonido intenso) y el que se ofrece a los neonatos prematuros en la UCIN, estas diferencias dificultan de forma importante que el cerebro de los prematuros que normalmente termina su maduración en el útero, la complete correctamente:

- El feto dentro del útero está en una especie de nido en una postura flexionada y con las manos en la línea media cerca de su boca.
- El flujo de sangre uterina realiza música relajante acompañada del sonido del corazón de la madre.

Siendo pues conscientes de las grandes diferencias entre una UCIN y el útero materno comprendemos por qué los neonatos inmaduros y con graves patologías no son capaces de responder de una manera adecuada a esas diferencias.

2 Objetivos

- Indicar las necesidades de la embarazada durante el parto y postparto y cómo realizar los cuidados dirigidos a cubrir esas necesidades.
- Indicar las necesidades del recién nacido y cómo realizar los cuidados dirigidos a cubrir esas necesidades.

3 Metodología

Se ha realizado una revisión bibliográfica sobre los cuidados del técnico auxiliar de enfermería, para la búsqueda de los artículos se han utilizado diferentes bases de datos y revistas científicas.

- PubMed: se han utilizado para la búsqueda las palabras clave “cuidados, funciones del auxiliar”. Los criterios de inclusión que se han utilizado son; artículos con acceso a texto completo, libre y posteriores al año 2010, y como criterios de exclusión; artículos que no estuvieran en inglés y aquellos que en su título o resumen no tratasen específicamente de los pacientes en situación de dependencia.
- Dialnet: en esta base de datos se han empleado las palabras clave “Higiene” añadiendo los filtros: artículo de revista, enfermería, materia de ciencias de la salud, fecha, e idioma español. Los criterios de inclusión/exclusión son los mismos utilizados en Pubmed seleccionando finalmente dos artículos de texto completo.

- Con los mismos criterios, incluyendo además los términos “intervenciones del técnico auxiliar de enfermería” se han examinado 5 artículos encontrados en Google académico.

Se han ordenado los artículos por relevancia y analizados los primeros de cada base de datos.

4 Resultados

Existen estudios que demuestran que un neonato prematuro ingresado en la UCI puede ver interrumpido su descanso unas 120 veces a largo del día debido a la continua manipulación a la que se ve sometido. En el neonato prematuro la interrupción de los períodos de sueño supone una agresión importante, ya que se ve alterado su descanso tanto fisiológico como psicológico, con el correspondiente período de desorganización posterior que esto conlleva sobre él, necesitando tiempo, oxígeno y calorías para recuperar su situación. Así, las continuas interrupciones del descanso aumentan los períodos hipóxicos, pausas respiratorias, períodos de apnea, consumo de oxígeno e incrementan la presión intracraneana. Será por lo tanto necesario agrupar los cuidados, exploraciones e intervenciones, en períodos de tiempo estipulados, intentando incrementar los periodos de descanso y respetando los periodos de sueño. Los estímulos deben ser los más suaves y lo menos agresivo posibles, no despertándolo bruscamente, por lo que es sumamente necesario consensuar un protocolo de Intervención Mínima y Agrupación de Intervenciones.

La temperatura corporal debido entre otros factores, a la mayor superficie corporal en relación con su peso, a un escaso tejido adiposo pardo y a una inmadurez de su sistema termorregulador. Siendo muy importante el control de su temperatura, empezando por su reanimación en la sala de partos, su posterior traslado a la unidad de neonatología y continuando una vez ya introducido en su incubadora, obteniéndose un ambiente térmico neutro que le permita mantener una temperatura adecuada. Un sobrecalentamiento provocaría en el neonato prematuro el aumento de las pérdidas de agua, aumento, así mismo de la frecuencia cardiaca y respiratoria y de la tasa metabólica, todas ellas provocarían un aumento en el consumo de oxígeno y calorías. En cuanto a la hipotermia, le provocaría letargia, aumento de la cantidad de apneas y bradicardias, intolerancia digestiva y distrés respiratorio. Nuestro objetivo es mantener la temperatura axilar del prematuro en 36,5° axilar, para ello tendremos que tener en cuenta:

- Utilización de incubadoras con doble pared.
- Temperatura adecuada en el exterior.

- Utilización de calentadores del aire del respirador.
- No utilización de puertas superiores ni inferiores de las incubadoras.
- Mantener al neonato en postura de flexión.
- Evitar manipulaciones prolongadas.
- Utilizar material precalentado.
- Utilizar sensores de temperatura de la incubadora.
- Y prestar especial atención cuando este fuera de la incubadora, como en traslados, cuidado canguro o cuando debamos abrir completamente un lado de la incubadora.

La piel del neonato prematuro representa un 13% del peso de su cuerpo, efectuando un efecto barrera que impide la entrada de infecciones, aunque es permeable a un gran número de sustancias. Posee una unión débil entre la dermis y la epidermis, lo que le provocará un aumento considerable de erosiones y heridas, un pH disminuido (4,95) que deberemos mantener, ya que le protege de las infecciones. Para proteger la piel del prematuro y evitar la pérdida de agua a través de su piel durante la primera semana, la humedad dentro de la incubadora deberá estar entre el 80% y el 100% para posteriormente ir reduciéndose paulatinamente.

5 Discusión-Conclusión

Ingresar a un hijo en la UCI causa un gran impacto para muchos padres. Pocos piensan cuando su bebé está en el útero materno, que va a surgir alguna complicación y que su bebé nacerá enfermo o prematuramente. Es por tanto natural, que los padres experimenten una gran variedad de emociones cuando deben enfrentarse a las dificultades que implica tener un bebé enfermo. Pero no todos los padres reaccionan de igual manera, algunos expresan abiertamente sus preocupaciones, mientras otros reprimen sus sentimientos. Incluso pueden dudar de desarrollar sus vínculos estrechos con su bebé, o incluso retrasar la elección del nombre.

Para paliar esta falta de apego, las unidades de cuidados intensivos neonatales han dejado de ser sistemas cerrados, incorporando a los padres en el cuidado de su recién nacido. Esta incorporación debe estar unida a una integración de los padres en todos los cuidados que se realicen al recién nacido. La actitud de los padres dentro de la UCI debe de dejar de ser una actitud pasiva para participar activamente en el cuidado de su bebé prematuro o gravemente enfermo, siendo su principal tarea el procurar un contacto amable con su hijo.

6 Bibliografía

1. [https://es.wikipedia.org/wiki/Neonato#:text=Un%20neonato%20\(del%20lat%C3%ADn%20neo,por%20parto%20o%20por%20ces%C3%A1rea](https://es.wikipedia.org/wiki/Neonato#:text=Un%20neonato%20(del%20lat%C3%ADn%20neo,por%20parto%20o%20por%20ces%C3%A1rea).
2. https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/8_1.pdf
3. <https://www.msmanuals.com/es/hogar/salud-infantil/problemas-generalesdel-reci%C3%A9n-nacido/reci%C3%A9n-nacido-prematu>

Capítulo 205

EL TECNICO AUXILIAR DE ENFERMERIA Y LA HIGIENE BUCAL DEL PACIENTE

MARIA GEMA VALENTIN FERNANDEZ MARTIN

1 Introducción

La higiene es la ciencia que trata de hábitos, reglas y costumbres que influyen al buen estado de salud del individuo. Son procesos que nos permiten defendernos contra las enfermedades.

La boca está ubicada en la cara y formada por partes blandas y partes duras como son: paladar, labios, lengua, dientes...

En los adultos la dentadura está formada por 32 dientes, que son 8 incisivos, 4 caninos, 8 premolares y 12 molares incluyendo las 4 muelas del juicio, en el caso de los niños suelen ser 20 dientes primarios.

La boca tiene funciones imprescindibles como son por ejemplo; masticar, salivar, sentido del gusto, hablar, deglución...

La higiene de la boca necesita cuatro hábitos: el cepillado, limpieza con hilo dental, enjuague, visita al dentista. Y el control de alimentos que lleven muchos azúcares, glúcidos, sacarosa y esto va unido también a hábitos como puede ser el tabaco.

Los problemas más frecuentes debidos a una mala higiene bucal son:

- El sarro: es la placa bacteriana que se endurece sobre los dientes o en el borde de las encías.
- La halitosis: es el mal aliento por la acumulación de bacterias en la boca
- Las caries: es la desmineralización del esmalte de los dientes producidos por

ácidos de la placa bacteriana.

- La gingivitis: es la irritación, inflamación e inflamación de las encías.
- La periodontitis: es una infección grave de las encías que destruye el hueso que soporta el diente.

2 Objetivos

- Conocer las funciones del tecnico auxiliar de enfermería respecto a la higiene bucal del paciente en los centros hospitalarios.

3 Metodología

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

4 Resultados

Material: cepillo de dientes, pasta de dientes, batea, vaso, torundas, antiséptico bucal, vaselina, seda dental, toalla, gasas, pinza koher.

Paciente consciente:

- 1.-El técnico en cuidados de enfermería debe de lavarse las manos
- 2.- Ponerse los guantes.
- 3.- Explicar al paciente que se le va a hacer.
- 4.- Si el paciente estuviera encamado sentarlo en la cama salvo contraindicación médica que lo haremos en decúbito lateral.
- 5.-Colocar toalla en el tórax del paciente.
- 6.-Si el paciente lleva prótesis no fija se deben de retirar con una gasa, si pudiera él solo o en caso contrario con ayuda del técnico en cuidados de enfermería y meterlas en un vaso con solución desinfectante.
- 7.-Si el paciente puede realizar la limpieza por sí solo, siempre debemos de motivarlo en caso contrario lo realizará el técnico en cuidados de enfermería, acercándole el cepillo con la pasta y un vaso de agua, para el cepillado de dientes desde las encías a la corona, limpiando todas las caras de los dientes, muelas y lengua.

8.- Con una batea se recogerá el aclarado de la boca con agua y por último con antiséptico.

9.- Secar alrededor de la boca.

10.-Poner vaselina en los labios.

11.-El técnico en cuidados de enfermería recogerá y limpiará el material usado.

12.- El técnico en cuidados de enfermería se quitará los guantes y lavará las manos.

Paciente inconsciente:

1.-El técnico en cuidados de enfermería debe de lavarse las manos

2.- Ponerse los guantes.

3.- Explicar al paciente que se le va a hacer.

4.-Paciente siempre en decúbito lateral o con la cabeza girada hacia un lado y sin almohada.

5.-Poner toalla y batea debajo de la cara.

6.-Con una pinza Kocher prepara torundas se mojarán en antiséptico bucal y se limpiará toda la boca, dientes y lengua. Usando una torunda para cada zona de la boca. Y haciéndolo en sentido transversal para evitar náuseas.

7.-Secar alrededor de la boca

8.-Poner vaselina en los labios.

9.-El técnico en cuidados de enfermería recogerá y limpiará el material usado.

10.- El técnico en cuidados de enfermería se quitará los guantes y lavará las manos.

Paciente con dentaduras postizas:

1.-El técnico en cuidados de enfermería debe de lavarse las manos

2.- Ponerse los guantes.

3.- Explicar al paciente que se le va a hacer.

4.-Retirar dentadura con una gasa y colocarla en una batea, cepillándola después y aclararla.

5.-Enjuagar la boca con antiséptico o torunda en el caso de pacientes inconscientes.

6.-Volver a colocar la dentadura en la boca o dejarla en un vaso con antiséptico hasta su próximo uso.

7.-Secar alrededor de la boca

8.-Poner vaselina en los labios.

9.-El técnico en cuidados de enfermería recogerá y limpiará el material usado.

10.- El técnico en cuidados de enfermería se quitará los guantes y lavará las manos.

Pacientes bebés y niños

1.- En el caso de bebés debemos de comenzar a lavar la boca los primeros días después de nacer limpiando las encías con gasas húmedas.

2.-En el caso de niños con algún diente en ese momento que sale se deben de cepillar los dientes, cepillándolos con suavidad con un cepillo de tamaño infantil y con una cantidad de pasta pequeña no superior a un grano de arroz de pasta dental fluorada. Y deben de comenzar las visitas al dentista.

Técnica de lavado de dientes:

1.- Se debe de colocar el cepillo de dientes en un ángulo de 45° respecto a las encías.

2.-Con movimientos cortos movemos el cepillo de adelante hacia atrás por el diente.

3.-Hay que cepillar el diente por todos los lados, zona interior, exterior y la de masticar.

4.-Tras el diente debemos de cepillar también la boca

Con un hábito continuado de higiene bucal tras las comidas obtendremos una limpieza de boca y dientes proporcionando un bienestar al paciente y evitando con ello enfermedades.

El técnico en cuidados de enfermería es la persona encargada de ejecutar o ayudar en las actividades básicas de la vida diaria de los pacientes del día a día, entre estas funciones estaría la higiene bucal. Debemos de educar en los hábitos de higiene al paciente independiente de la edad del mismo.

Para realizar una higiene correcta se precisa de un tiempo necesario para poder hacerla correctamente. Siempre debemos de informar al paciente de todo lo que se le va a realizar y mantener una conversación con él y solicitar que nos ayude en todo lo que pueda colaborar o hacerlo por sí mismo, para fomentar su independencia.

Se deben de tener preparados todos los utensilios que vamos a usar antes de empezar a realizar la técnica. A la hora de realizar la técnica de lavado de boca en un paciente no debemos de olvidar en ningún momento ninguna parte de la misma porque es igual de importante una zona como otra desde los dientes, hasta la lengua.

5 Discusión-Conclusión

La boca es una de las partes del cuerpo que más descuidamos y esta puede ser el origen de muchas enfermedades. La higiene bucal es fundamental para nuestra salud teniendo que ser de forma regular y diaria. El técnico en cuidados de enfermería debe de estimular al paciente siempre para que realice por sí mismo todo lo

que pueda, haciéndole sentirse útil pero en caso de pacientes que no puedan realizarlo el auxiliar es el encargado de proporcionar la atención básica al paciente. Las revisiones con el dentista son fundamentales tanto para palear un problema que ya se tenga como para hacer una prevención y revisión de la boca. El cepillo de dientes tras su uso se debe de limpiar bien y secarlo ya que puede ser una gran fuente de acumulación de bacterias

6 Bibliografía

- www.auxiliar-enfermeria.com
- <https://kidsheath.org>
- <https://enferurg.com>
- <https://www.dentalcare.com>

Capítulo 206

INGRESO HOSPITALARIO POR FRACTURA DE CADERA.

BEATRIZ MOYA JIMENEZ

MARÍA LÓPEZ DELGADO

MÓNICA RUBIO PINA

1 Introducción

La fractura de cadera es un problema de salud, cuya incidencia aumenta a partir de los 60 años, siguiendo un patrón exponencial hasta la edad de 84 años. Su importancia viene dada no solo por su elevada frecuencia, sino también por la mortalidad asociada (reducción de un 25% de la esperanza de vida), su morbilidad y su gran coste económico y social. Casi el 80% de los fracturados son mujeres. El riesgo anual de sufrir una fractura de cadera se relaciona con la edad, y alcanza un 4% de riesgo en las mujeres con más de 85 años. En el año 1990 el número global de fracturas de cadera fue aproximadamente de 1,3 millones, con una proyección para el año 2050, dada la tendencia, entre 7-21 millones de casos. En el Reino Unido ocurren cada año unas 86.000 fracturas de cadera. La mortalidad asociada con una fractura de cadera se encuentra entre el 5% y el 10% al cabo de un mes del accidente. Transcurrido 1 año de la fractura ha muerto aproximadamente 1/3 de los pacientes, dato que ha de compararse con la esperada mortalidad anual de un 10% en los individuos de este grupo de edad. La mayoría de las fracturas de cadera son el resultado funesto de una caída o de un mal paso, mientras que tan solo en el 5% de los casos de fracturas de la cadera no se encuentran datos de una acción traumática.

2 Objetivos

Conocer las funciones y procedimientos a desempeñar de los TCAE y el personal sanitario ante un paciente con fractura de cadera.

3 Caso clínico

María es una mujer de 76 años que ingresa en la planta de traumatología por fractura de cadera. Se cayó ayer en domicilio y acude hoy a urgencias tras pasar una noche con mucho dolor y no poder ponerse de pie y caminar. Se le interviene quirúrgicamente el mismo día que acude a urgencias. El personal de urgencias es el encargado de preparar a la paciente para entrar a quirófano, los TCAE serán los encargados de retirarles todos los objetos que lleva la paciente, como son pendientes, dentadura postiza, pulseras, anillos, etc. Y estos son también los encargados de rasurar la zona a intervenir si fuera necesario. El mismo día de la intervención dejamos a la paciente en reposo y le colocamos taloneras para evitar la aparición de úlceras por presión y realizamos cambios posturales para prevenir lesiones en la piel. El siguiente día de la intervención, tras comprobar el enfermero de planta la indicación, levantamos a la paciente al sillón con ayuda de celador. María puede cargar en la extremidad afectada, es decir, puede apoyar en bipedestación. Una vez incorporada, sentaremos a la paciente en el bordillo lateral de la cama, para evitar hipotensión con previa toma de constantes. Esperaremos unos segundos para evitar efectos secundarios después de estar un periodo de tiempo largo tumbada. El enfermero nos comenta que tiene una escala de caídas de downtown elevada, debido al tipo de medicación que toma, por lo tanto, es muy importante que las transferencias al sillón la realicemos siempre entre dos personas y siempre con la supervisión de un familiar por si fuera necesaria su ayuda. El primer día después de la intervención estará solamente sentada en el sillón y no largos periodos de tiempo, a partir del segundo día si todo va bien y el traumatólogo lo indica empezara a dar pequeños pasos con el andador.

4 Discusión-Conclusión

Es muy importante en este tipo de intervenciones que los pacientes pongan de su parte para la recuperación, ya que si ellos no tienen una actitud positiva es muy difícil que puedan llegar a recuperarse. Los primeros días después de la

intervención siempre tiene que estar una persona supervisándoles para evitar algún tipo de caída y que empiecen a coger miedo a volver a caminar.

En el caso de María es todavía más importante estar pendiente de ella, porque como nos ha dicho, el enfermero tiene un riesgo alto de caída. Hoy en día operan de cadera a pacientes muy mayores debido al buen resultado que dan este tipo de intervenciones. aunque es verdad que en muchos casos son pacientes que no caminaban y se les opera por el dolor de esta fractura y no porque vayan a volver a caminar.

5 Bibliografía

1- Best practice evidence-based guideline. Acute management and immediate rehabilitation after hip fracture amongst people aged 65 years and over. New Zealand Guidelines

Group (NZCG). Wellington, 2003. Disponible en: <http://www.nzgg.org.nz/system/resources>

2- The care of patients with fragility fracture. The Blue Book. Published by the British Orthopaedic Association (BOABGS). London, 2007. Disponible en: <http://www.bgs.org.uk>

3- Guía de buena práctica clínica en Geriatria. Anciano afecto de fractura de cadera, Sociedad Española de Geriatria y Gerontología - Sociedad Española de Cirugía Ortopédica y

Traumatología y Elsevier Doyma (SEGG-SECOT), 2007. Disponible en: <http://www.imersomayores.csic.es>

4- Prevention and management of hip fracture in older people. A National Clinical Guideline. Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN). Edinburgh, 2009. Disponible en: <http://www.sign.ac.uk>

5- Tratamiento multidisciplinar de la fractura de cadera. Grupo de Estudio e Investigación de la Osteoporosis de la Sociedad Española de Cirugía Ortopédica y Traumatología

(GEIOS). Madrid, 2009. Disponible en: <http://www.geios.es>

Bardales Mas Y, González Montalvo JI, Abizanda Soler P, Alarcón Alarcón MT. Guías clínicas de fractura de cadera. Comparación de sus principales recomendaciones. Rev Esp Geriatr Gerontol.

2012; 47(5):220-7.

.

Capítulo 207

ESTUDIO DEL COLIRIO

YASMINA BOUTANAACH ABDELKADER

LOURDES REY GUEVARA

GEMMA REY GUEVARA

MARTA GUEVARA SANCHEZ

1 Introducción

Un colirio es una forma farmacéutica que consiste en disoluciones o suspensiones estériles de una o varias sustancias químicas en un vehículo acuoso u oleoso, destinadas a su instilación en el ojo u otras localizaciones.

Las características que definen a un buen colirio vienen determinadas por las propiedades de la zona de aplicación: la mucosa ocular.

Normalmente el ojo se encuentra protegido por la córnea y las lágrimas, que contienen una enzima antibacteriana y eliminan los elementos que contaminan la superficie del ojo arrastrándolos por el conducto lacrimal hacia la cavidad nasal. Sin embargo, con la córnea dañada (que lleva a prescribir medicación oftálmica) el tejido subyacente es susceptible de colonización bacteriana. Varios microorganismos son potenciales productores de infección (*Staphylococcus*, *Bacillus*, *Aspergillus* y ciertos adenovirus) pero el más peligroso es *Pseudomonas aeruginosa*, que puede desarrollarse en soluciones salinas simples y produce ulceraciones severas y ceguera. Una vez abierto el envase contenedor del colirio se pierde la esterilidad, por lo que es necesario que el principio activo vaya acompañado de una serie de conservantes que mantengan el mayor tiempo posible estéril la solución.

Esto se consigue mediante sustancias de amplio espectro microbiano, no irritantes para la mucosa ocular, que no reaccionen con el principio activo.

2 Objetivos

Conocer las características del colirio y las principales propiedades que posee de cara al tratamiento ocular.

3 Metodología

Para la realización de este artículo, se buscó información en diferentes fuentes oftalmológicas y luego, para contrastar y analizar los datos, hicimos una ronda de visitas y entrevistas a algunos profesionales sanitarios cuya categoría profesional era la de oculista y a algunos profesionales del sector farmacéutico, los cuales nos pudieron aportar datos de carácter técnico sobre este tratamiento.

4 Resultados

Los principales resultados obtenidos en este estudio son:

Composición del colirio: Los componentes de un colirio vienen determinados por el grado de cumplimiento de las propiedades descritas. Así, nos encontraremos:

Solución base o vehículo.

Principio activo.

Agentes antimicrobianos (si se trata de un envase de uso reiterado, no así en los envases monodosis).

Agentes reguladores de la tonicidad.

Agentes reguladores del pH, incluidas soluciones tampón.

Agentes viscosantes.

Además, en ocasiones habrá que añadir, y en función de las características del principio activo, antioxidantes, secuestrantes o humectantes.

Indicaciones de cara a su utilización:

La gama de posibilidades de principios activos a utilizar es infinita, ya que acepta tanto fármacos liposolubles como hidrosolubles. Ello hace que también las indicaciones sean muy amplias. Como más importantes:

Conjuntivitis, tanto infecciosas (bacterias, hongos o virus), como irritantes o alérgicas.

Uveitis.

Xerosis conjuntival.

Glaucoma.

En ocasiones es necesario explorar el fondo de ojo, es decir, visualizar la retina y el nervio óptico. Otras veces es necesario determinar la tensión intraocular, extraer algún cuerpo extraño incrustado en la córnea o buscar la presencia de lesiones corneales. Para estos y otros métodos oftalmológicos nos ayudamos de fármacos vehiculizados en colirios de diagnóstico.

Propiedades principales:

Isotonia

La lágrima es isotónica con el plasma, es decir, equivalente a una solución 0,9 % m/v de NaCl (cloruro de sodio). A pesar de que el ojo puede tolerar fácilmente desviaciones respecto a la isotonicidad, el tener que actuar sobre un ojo irritado hace aconsejable que el colirio mantenga esta isotonicidad. Los diferentes principios activos influyen en el punto isotónico, por lo que será necesario un reequilibrio, habitualmente con agua o con NaCl. pH en torno a 7.5 Editar

La discusión respecto al pH es importante. Por una parte lo ideal es que el colirio mantenga un pH cercano al de la lágrima, es decir entre 7.4 y 7.7. Sin embargo, los pH de máxima estabilidad y de máxima biodisponibilidad del fármaco rara vez coinciden con este margen. Para corregir en lo posible el fenómeno será necesaria la adición de una sustancia tampón que manteniendo en el envase el pH más cercano posible a las características del fármaco, en contacto con la lágrima actúe modificando el pH hasta su agotamiento.

5 Discusión-Conclusión

La conclusión final y principal a la que llegamos con este capítulo es que hay bastante variedad de propiedades que tiene el tratamiento, las cuales se demuestran en el siguiente desglose:

Existen multitud de tipos de colirios los más destacables serían:

Antibióticos

Antiinflamatorios

Lágrimas artificiales. Colirios de composición similar a la lágrima.

Humectantes. Este tipo de colirios aumenta la permanencia de la lágrima en el ojo, disminuyendo su evaporación y haciendo que esta sea más eficaz.

El colirio asimismo, es la solución principal hacia la Conjuntivitis pero como hemos podido destacar a lo largo del artículo, también puede ser muy eficaz de cara a tratamiento de casos de Glaucoma.

6 Bibliografía

Galante, G.R. Soluciones para mucosas. Disponible en [1] Consultado el 12 de octubre de 2008.

Diccionario universal de agricultura teórica, Juan Álvarez Guerra, 1799 www.medlineplus.gov

Capítulo 208

IMPORTANCIA DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) EN LA SALUD COMUNITARIA

SANDRA CORTES BUELGA

1 Introducción

Se puede definir la salud comunitaria como la «salud individual y de grupos en una comunidad definida, determinada por la interacción de factores personales, familiares, por el ambiente socio-económico-cultural y físico».

La salud comunitaria incluye una concepción social de la salud, que tiene en cuenta el ámbito social en que se producen los fenómenos de salud-enfermedad, la aplicación de un abordaje integral de los procesos salud-enfermedad, teniendo en cuenta los niveles macrosocial y microsocioal, y la participación de las comunidades, instituciones y demás sectores en la toma de decisiones.

Sólo con los profesionales de la salud no podemos llegar a desarrollar una buena salud comunitaria. Necesitamos el apoyo de otros profesionales los servicios sociales, las entidades de barrio, las escuelas, etc.

La atención primaria y la salud pública no siempre tienen los mismos puntos de vista a la hora de la salud comunitaria y ese es uno de los mayores problemas, ya que para llevar a cabo los distintos programas lo mejor sería que tuvieran el mismo punto de vista ambos y se trabajara por un objetivo común. Es imprescindible buscar y lograr una acción más coordinada e integral con todos los servicios comunitarios en las diversas áreas como por ejemplo la formación de los profesionales.

2 Objetivos

En esta comunicación tenemos como objetivo conocer un poco mejor lo que es la salud comunitaria y cómo podríamos mejorarla.

3 Metodología

Para la realización de este capítulo se ha llevado a cabo una revisión bibliográfica exhaustiva en diferentes plataformas online y revistas científicas. Los descriptores utilizados para llevar a cabo la búsqueda fueron los siguientes: desarrollo de la salud comunitaria e importancia de la atención primaria en salud comunitaria.

4 Resultados

Para hablar de salud comunitaria es indispensable reconocer que la salud de personas y grupos está determinada por múltiples factores y que existen desigualdades sociales en salud, es decir, un reparto desigual de oportunidades de disfrutar la salud.

Algunas de las bases que se han de tener en cuenta para una acción comunitarias podrían ser: la mirada salutogénica, los activos en salud, el trabajo en red (intersectorialidad y participación comunitaria), la equidad, la sostenibilidad, etc.

Para llevar a cabo una buena acción comunitaria no puede estar sólo dirigida a los profesionales sanitarios. Es muy importante tener la ayuda de otros profesionales como pueden ser los servicios sociales, las escuela... todo aquello que está estrechamente ligado también con la población y tienen un contacto directo con esta.

Además, hay que tener en cuenta los activos de la propia comunidad. Por activos de salud se entienden los recursos colectivos que pueden ser un instrumento para promover la salud o para proteger a la comunidad frente a problemas de salud.

Ejemplos de activos son tanto una biblioteca como unas pistas deportivas o una coral de barrio, siempre que se organicen y sirvan para potenciar la salud.

Otro elemento imprescindible en la intervención comunitaria es la equidad, que debe tenerse en cuenta desde el mismo diseño de la intervención, ya que de no ser así puede llegar a incrementar las desigualdades en salud.

Por último, como toda intervención sanitaria o social, la acción comunitaria exige una evaluación. Desde el principio hay que definir una buena estrategia evaluativa, midiendo el proceso y los resultados, y a largo plazo el impacto en la salud.

Para que todo esto llegue a tener un buen pronóstico, es imprescindible llegar a puntos de vista similares y la colaboración de distintas áreas.

5 Discusión-Conclusión

A día de hoy no todos gozamos de las mismas oportunidades respecto a salud comunitaria. Todo depende mucho por ejemplo, en el estatus social que te relaciones, en las distintas políticas...

Los cambios sociales se gestan a lo largo del tiempo, y es por ello que la acción comunitaria requiere que las intervenciones se mantengan durante periodos prolongados. Además, la intervención comunitaria precisa esfuerzos intensos: tanto la intersectorialidad como la participación comunitaria requieren el compromiso continuado de muchos agentes.

La incorporación de los sectores no sanitarios en el desarrollo de la acción comunitaria es una meta necesaria para llevar a cabo una mejoría en la salud comunitaria.

6 Bibliografía

Wilkinson R, Marmot M. Los determinantes sociales de la salud. Los hechos probados Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2006.

Harden A, Brunton G, Fletcher A, et al. Teenage pregnancy and social disadvantage: systematic review integrating controlled trials and qualitative studies. *BMJ*. 2009;339:b4254.

Pasarín MI, Miller R, Segura A. Aportaciones de la atención primaria y la salud pública al desarrollo de la salud comunitaria. *Aten Primaria*. 2008;40:115-7.

Lindström B, Eriksson M. Guía del autoestopista salutogénico: camino salutogénico hacia la promoción de la salud. Girona: Documenta Universitaria, Universitat de Girona, Càtedra de Promoció de la Salut; 2011.

Capítulo 209

LOS DESINFECTANTES Y ANTISÉPTICOS PARA EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE)

ANGELES PENA LLANES

ESTHER AMADO SANTAMARINA

1 Introducción

Los mecanismos de desinfección tienen una función muy relevante para la higiene en el medio sanitario. Dentro de ellos cabe destacar los desinfectantes y los antisépticos.

Para entender un poco más acerca de estos conceptos, a lo largo del siguiente capítulo se irán desglosando, explicando su definición y sus características.

A parte de lo mencionado anteriormente, también se hará referencia a conceptos como: infección, desinfección, asepsia y antisepsia, ya que estos son importantes para hacer un correcto uso de estos.

También es de gran utilidad saber distinguir entre endemia, epidemia y pandemia. La endemia se da cuando la enfermedad infecciosa se da en una zona geográfica, la epidemia cuando el número de casos excede de la frecuencia prevista, y la pandemia se da cuando dicha enfermedad traspasa las fronteras de un país (éste es el caso que se ha dado recientemente con el coronavirus).

Los agentes infecciosos tienen gran importancia en dicho trabajo, se hablará de su clasificación (bacterias, hongos, virus, protozoos, metazoos).

Por último, se hará referencia a los desinfectantes que se usan en el ámbito sanitario, de sus características principales, de los tipos de técnicas de desinfección y sus observaciones, y lo mismo se hará con los antisépticos.

2 Objetivos

Describir los conceptos de infección, desinfección, asepsia y antisepsia, describiendo las características principales y ejemplos de desinfectantes y antisépticos.

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

Para comenzar hablaremos de los conceptos de infección, desinfección, asepsia y antisepsia.

-Infección: se da cuando un microorganismo o un agente infeccioso penetra en un organismo humano (huésped). Más concretamente, se habla de infección para el caso de los microorganismos e infestación para los parásitos más estructurados. Dentro de este podemos hablar de enfermedad transmisible y sus conceptos dependiendo de su presencia: endemia (una zona geográfica), epidemia (aumento en los números de casos previstos) y pandemia (traspasa las fronteras de un país). También es necesario hablar de los agentes infecciosos, estos son:

>Bacterias (cocos, vibrios...).

>Hongos: estos son de naturaleza vegetal.

>Virus: parasitan las células.

>Protozoos: son los microorganismos de naturaleza animal.

>Metazoos.

Es importante aclarar que no siempre que hay una infección, se da una enfermedad infecciosa, ya que el organismo tiene mecanismos de defensa que luchan contra el agente agresor.

-Desinfección: es una técnica que tiene como finalidad destruir los gérmenes patógenos para impedir así su propagación. Con este método se mueren la gran mayoría de los microorganismos excepto las esporas.

-Asepsia: son el conjunto de técnicas y medidas destinadas a impedir la contaminación en el medio hospitalario, enfermos, uso de los materiales...

Hablamos de que un objeto está séptico cuando la superficie esta contaminada, mientras que un material es estéril o aséptico cuando se ha destruido cualquier forma de vida en la superficie de dicho material, esto también implica que está desinfectado.

-Antisepsia: en este se utilizan productos químicos (que son desinfectantes) para intentar destruir los microorganismos contaminantes. En caso de que un desinfectante se pueda utilizar en un tejido vivo, se llama antiséptico.

Una vez aclarados los conceptos anteriores, comenzaremos a desarrollar los mecanismos de acción de los desinfectantes y antisépticos:

1. Desinfectantes:

-Características principales: alto poder desinfectante (capaz de matar a los microorganismos), tiempo de actuación corto (acción rápida), estabilidad (no debe sufrir alteraciones, no puede alterar su poder al entrar en contacto con las superficies que se deben desinfectar), alta solubilidad, no tóxico ni irritante para el usuario, ni corrosivo para el material/tejidos, biodegradable y tener bajo coste/fácil conservación y olor agradable.

Algunos usados son: alcohol etílico 70°, hipoclorito de sodio, peróxido de hidrógeno (al 10-25%), fenol, formaldehído, glutaraldehído....

2. Antisépticos:

-Características principales: escasa o nula acción tóxica e irritante.

Algunos de los antisépticos más comunes son: alcohol etílico 70°, povidona yodada, peróxido de hidrógeno (3-6%), hexaclorofeno 3%, clorhexidina...

Cabe destacar que los antisépticos son aquellos con escasa o nula acción tóxica e irritante.

5 Discusión-Conclusión

Como hemos podido apreciar a lo largo del capítulo, son muchos los conceptos usados en el ámbito sanitario para hacer referencia a la higiene del medio. Todos son de gran interés para familiarizarnos con ellos y poder conocerlos al detalle.

Los agentes infecciosos juegan un papel importante en las infecciones, pero cabe destacar que no siempre que se presenta una infección se hace referencia a una enfermedad infecciosa, ya que se manifiestan en el cuerpo algunos síntomas de defensa del cuerpo (anticuerpos: fiebre...).

Es importante el conocimiento y la correcta formación del TCAE respecto los desinfectantes y antisépticos.

6 Bibliografía

<https://www.formacurae.es/wp-content/uploads/2019/12/Tema-13-Esterilizaci%C3%B3n-1-1.pdf>

<https://www.elsevier.es/es-revista-enfermedades-infecciosas-microbiologia-clinica-28-articulo-fundamentos-antisepsia-desinfeccion-esterilizacion-S0213005X14001839>

Capítulo 210

CUIDADOS DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) DURANTE EL ALZHEIMER

JOSE LUIS MAMANI PARDO

CRISTINA RAMOS DOS SANTOS

1 Introducción

El alemán Aloysius Alois Alzheimer, psiquiatra y neurólogo, detalló la principal causa de demencia en personas mayores que afecta a la privación de la memoria, desorientación, comprensión e alucinaciones, capacidad de aprendizaje, lenguaje, la cordura y finalmente la muerte.

Se diagnosticó por primera vez a Augusta D. una mujer de 51 años que ingresó en el hospital de Frankfurt en 1901 a la que se le diagnosticó un cuadro de delirio de celos, pérdida de memoria junto a una desorientación, alucinaciones y paranoias, perturbación conducta y trastorno lenguaje. Al final, la mujer falleció y el cerebro fue estudiado por el doctor Alzheimer observó que había un cúmulo de proteínas que tenían forma de ovillos o filamentos en el citoplasma de las neuronas muy típicas de esta enfermedad que van destruyendo las células del cerebro y se van atrofiando progresivamente dando lugar a una patología a la que se llamó en honor a su descubridor 'Enfermedad del Alzheimer'

El ser humano a lo largo de la vida pasaremos por distintos cambios a nivel físico como mental y durante la tercera edad comenzaremos a presentar su respectiva pérdida de funciones a nuestro bienestar y ,si incluimos lo anterior dicho,

comienza a manifestar algún síntoma de enfermedad neurodegenerativa provocará aún un mayor deterioro y cuidados evolutivos que afectará a sus actividades de la vida cotidiana y a nivel emocional como social. Durante esta etapa del Alzheimer, es una demencia neurodegenerativa primaria del sistema nervioso producida por causa aún desconocida y sin tratamiento curativo que a medida que pasa el tiempo empeoran y su desarrollo varia. En promedio, serán 4 a 8 años después del diagnostico pero pueden ser hasta los 20 años.

2 Objetivos

- Conocer tanto la importancia de los cuidados como las fases del Alzheimer.
- Exponer la necesidad de que el personal TCAE sepa cómo actuar en determinadas situaciones relacionadas con los enfermos de Alzheimer.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo sobre el Alzheimer, se ha llevado una búsqueda rigurosa de libros sanitarios, se ha consultado artículos de las principales paginas científicas: Pubmed, Medline, Google Scholar y Scielo buscando la información procedente de publicaciones académicas revisadas y de las propias experiencias del TCAE en las residencias y hospitales a lo largo de los años.

4 Resultados

Alzheimer ocasiona una atrofia cerebral progresiva dañando la memoria, pensamiento y lenguaje del cerebro. Se ha observado que estudios recientes que el volumen y el peso del cerebro han disminuido ya que las neuronas van destruyéndose al surgir alrededor de ellas una proteína (beta-amiloide) y depósitos insolubles intracelulares ocasionando una degeneración neurofibrilar.

El 10% de la población mayor padece de Alzheimer, rara vez ocurre en personas jóvenes pero se dan casos, y cerca de 46,8 millones de personas en el mundo lo padecen y se estima que en 2030 pueden alcanzar los 74,7 millones de personas. En España se diagnostican cada año cerca de unos 40.000 casos nuevos situándose alrededor de 800.000 casos en total en España suponiendo un coste del 1,5% del PIB nacional el tratamiento.

A nivel bioquímico, se vincula al descenso de los niveles cerebrales de la acetilcolina encargada de enviar señales de una neurona a otra siendo esencial para la

memorización y del aprendizaje, cuando este sistema falla provoca un mal funcionamiento de los circuitos neuronales lo que acaba afectando al aprendizaje de nuevas cosas y al recuerdo. Lo más común, que ocurre en personas mayores y su primer síntoma es

- La pérdida de memoria de cosas que acaban de hacer recientemente y aunque la persona es concienteconsciente lenguaje, les cuesta mucho expresarse.
- Se desorientan en el tiempo y en el espacio. Olvidan donde viven, donde se encuentran, el día hasta el año en el que viven ocasionando muchas veces que durante trayectos simples como ir a la tienda puedan perderse incluso dentro de la propia casa.
- Cuando el juicio del paciente se ve alterado. Los pacientes muestran problemas para valorar temas muy simples provocando que tomen decisiones incorrectas.
- También afecta al pensamiento abstracto de la persona como cálculos mentales, poner objetos donde no deberían o colocarse mal la ropa.
- Cambios de comportamiento sin ninguna explicación, cambios de humor o personalidad lo que les lleva a la incapacidad de organizar su vida.

Estos síntomas como sabemos se agravan con el tiempo y es necesario prevenir desde el primer momento en base a un tratamiento necesario es hacer consciente al paciente de la gravedad del Alzheimer y sus respectivos cuidados donde serán partícipes la familia pero en mayor de los casos seremos TCAE al disponer de los conocimientos necesarios y sus respectivos cuidados.

Para entender el Alzheimer deberemos conocer como evoluciona en el paciente en las diferentes etapas desde el primer síntoma hasta la muerte.

Hay que comprender que son generalizaciones aproximadas y que en cada persona actúa de manera diferente según su inteligencia, actividad de la vida cotidiana, inteligencia, nivel físico...etc Se establecen 3 fases:

1 LA FASE LEVE.

Es la fase inicial del Alzheimer que suele durar unos 2-4 años y la persona aún puede desenvolverse de forma independiente, si es posible, trabajar, conducir y participar en actividades sociales pero el paciente puede sentirse que tiene dificultad; en la memoria, retener información nueva o recordar la ubicación de objetos cotidianos, padezcan cambios de humor o depresión.

La gente de su alrededor suelen notar estas dificultades incluso es posible que un médico, a través de un entrevista, puede detectar estos primeros síntomas de pérdida de memoria o concentración.

Recordemos que en esta fase es capaz de comprender y conversar, así que un diagnóstico temprano de esta enfermedad del Alzheimer, que desafortunadamente no puede detenerse ni hay una curación, al menos pueda permitirle tener la oportu-

nidad de dejale vivir bien con el Alzheimer el máximo tiempo posible reduciendo el deterioro con mucho trabajo y mejorando su calidad de vida.

2. LA FASE MODERADA

Es la fase moderada del Alzheimer que generalmente suele ser la fase más larga pudiendo durar muchos años, unos 2 a 10 años. Con el paso del tiempo la enfermedad irá aumentando por lo que habrá un progresivo deterioro cognitivo y mayor la atención del TCAE a lo que nos tenemos que adaptar.

Suelen surgir síntomas más preocupantes o mayor dificultad para hacer las tareas, confunda palabras, tenga cambios de humor o personalidad o haga cosas de manera inesperada y también, según el daño de las células nerviosas, tendrán dificultad para expresar pensamientos o realizar tareas de la vida cotidiana, agruparemos síntomas que suelen ocurrir:

- Olvidar acontecimientos o información de la vida personal.

- Afasia, dificultad o pérdida de la capacidad de hablar, le cuesta expresarse como darse a entender e intercambia unas palabras por otras. Esto suele provocar dificultades para expresar sentimientos, no olvidar que el paciente ama y sufre, y no poder expresarlas conlleva en ocasiones a estar humorado, a la agresividad, los insultos o gritos.

- Atraxia. Es un trastorno del cerebro y del sistema nervioso de la cual el paciente es incapaz de realizar tareas o funciones aprendidas como no saber usar una cuchara, poner un zapato en la nevera o ponerse tres calcetines en un mismo pie.

- Agnosia. Consiste en la incapacidad de identificar o reconocer la información que llega a través de nuestros sentidos, normalmente la vista. Como no reconocer con las personas que convives incluso a personas cercanas del ámbito familiar. Esto suele ocurrir "a veces" ya que normalmente no hay pérdida total como reconocer el ámbito familiar como la orientación personal aunque sus pérdida de memoria suelen ser más frecuente.

También la persona suele descuidar su higiene personal, no se arregla demasiado o necesitan ayuda para elegir la ropa como no quererse bañarse diciendo que ya lo hicieron.

- Alteración mental a nivel psicótico. Como cambios patrones de sueños como dormir de día o estar inquieto de noche, escuchar ruidos inexistentes, ver gente que no existe, preguntar por personas que fallecieron, que con solo pensarlo, le acaba afectando duramente.

- Suele haber una pérdida del interés en los hobbies, ocio, aficiones, actividades sociales. Suele mostrarse aburrido, apático, etc. También suelen hacer actos repetitivos llegando a lo obsesivo, tips nerviosos que puede ser el indicio de cierto grado de Parkinson como movimientos agitados de manos, pie, etc. Dificultad

para realizar cálculos mentales o el pensamiento abstracto va desapareciendo poco a poco.

3. LA FASE GRAVE.

Es la etapa final de la enfermedad del Alzheimer. Los síntomas mencionados anteriormente se agravan donde el paciente pierde la capacidad de hablar en su entorno, dificultad mantener una conversación pero se torna difícil. A medida que la habilidades cognitivas y la memoria como no reconocerse a si mismo en el espejo, también empeoran la personalidad del paciente y necesite mucha ayuda en las actividades de la vida cotidiana.

- Existirá cambios en las capacidades físicas como mayor rigidez muscular como dificultad para realizar cambios posturales necesitando mayor tiempo para realizar la asistencia en las actividades de la vida cotidiana como cuidado personal. Puede tener temblores o crisis epilépticas
- El paciente se mostrará más rígido/apático perdiendo las capacidades que realizamos automáticamente como caminar, vestirse, comer... incluso a veces pueden perder el olfato.
- Suelen tener incontinencias urinarias y fecal llevando necesariamente pañal. En la etapa final, el paciente suele finalizar encamado con alimentación asistida.

TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO Y ESTIMULACIÓN COGNITIVA

Los tratamientos a nivel medicamentos, previo entrevista con el médico y diagnosticado, se prescriben para mitigar los síntomas del Alzheimer suelen ser:

- Inhibidores de la acetilcolinesterasa: Retrasan la degradación de la acetilcolina, un neurotransmisor implicado en los procesos de la memoria y el aprendizaje.
- Memantina: Se muestra eficaz a nivel cognitivo, en el funcionamiento global y en el desempeño de las tareas de la vida cotidiana
- Fármacos para el control de alteraciones conductuales: Depresión, agresividad, alucinaciones o problemas de sueño. También existen terapias no farmacológicas como los programas para la estimulación cognitiva pero primero deberemos conocer cuales son las funciones cognitivas que sigue conservando y trabajar en ello. Estas terapias tiene como objetivo ayudar a potenciar las capacidades cognitivas que se conservan o compensar las que están más afectadas como "La orientación en la realidad" que ayuda a conectar a la persona con su entorno. Generalmente son clave la atención centradas en la persona favoreciendo el cuidado particular y según la necesidad de cada uno. Recordemos que debemos favorecer un entorno tranquilo, realizar ejercicios para potenciar la memoria, manteniendo rutinas de su día a día evitando cualquier situación de irritabilidad. La musicoterapia mejora el estado de su ánimo favoreciendo sus emociones, que

por un extraño motivo, las canciones más importantes de sus vidas se guarda en una zona del cerebro y cuando se activa estimula el cerebro de manera más significativa.

5 Discusión-Conclusión

La figura del cuidador es muy importante en los casos de Alzheimer ya que mejorará la calidad de vida tanto paciente como a las familias a largo plazo. Por esta razón es muy importante que el TCAE conozca las fases de esta enfermedad trabajando con el paciente en su bienestar social y familiar, estimulando sus funciones cognitivas, charlar, hacerle compañía, animarle cuando esté en silencio, apoyarle en otras actividades de ocio y un largo etc con el objetivo de que no se olviden de nuestros cuidados y luchar para recordar.

6 Bibliografía

<https://revistamedica.com/cuidados-basicos-tcae-alzheimer/>
https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-928X2018000200079
<https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/007428.htm>
<https://www.geriatricarea.com/2016/01/05/musicoterapia-y-alzheimer/>
<https://portalgeriatrico.com.ar/cuidados-del-alzheimer-enfermeria/>

Capítulo 211

EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) Y SU FUNCIÓN EN EL APOYO DOMICILIARIO. REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA

LUISA RUS SUAREZ

MARIA SANDRA MARTINEZ VILLARES

CRISTINA CUERVO ALMEDINA

MARIA ANGELES RICO GONZALEZ

CRISTINA SÁNCHEZ GONZÁLEZ

1 Introducción

Un TCAE es un profesional del área sanitaria que se ha formado para adquirir los conocimientos necesarios para proporcionar cuidados a los pacientes y actuar en diferentes áreas de la atención sanitaria formando parte de los equipos de enfermería ya sea a nivel comunitario como especializado.

Las funciones del TCAE son muchas y muy variadas. En este trabajo vamos a hablar de una de las funciones que desde mi punto de vista es muy importante y es el trabajo del TCAE en el apoyo domiciliario. Son muchas las personas que por

su dependencia necesitan una atención y requieren apoyos para poder realizar actividades que son básicas en la vida diaria de cada persona.

Antiguamente, eran las propias familias las que prestaban este apoyo a sus familiares dependientes, sobre todo las mujeres eran las que desarrollaban este apoyo, pero hoy en día, la estructura familiar ha sufrido muchos cambios sobre todo por la incorporación de la mujer a la vida laboral, por lo que se ha visto la necesidad de crear unos nuevos servicios de atención a pacientes dependientes.

Aquí podemos diferenciar entre los servicios de atención domiciliaria que son los servicios que se hacen en el propio domicilio del paciente y los servicios asistenciales residenciales, que son las atenciones a personas dependientes en instituciones específicas diferentes al entorno habitual. Podemos encontrar centros residenciales o los centros de alojamiento alternativo.

2 Objetivos

- Describir las competencias de conocimientos, habilidades y actitudes necesarias en el apoyo domiciliario por parte del TCAE.
- Exponer la necesidad de mejorar el abordaje multidisciplinar en cuanto al apoyo domiciliario del TCAE.

3 Metodología

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

4 Resultados

Las tareas que desempeña un técnico auxiliar en cuidados de enfermería en relación con el cuidados del personal a domicilio, básicamente están destinados a mantener un bienestar óptimo del paciente y sus relaciones sociales entre las que podemos mencionar:

- La alimentación: consiste en ayudar al paciente a que tenga una buena higiene postural, a que siga un buen hábito alimenticio llevando una dieta sana y variada. Es muy importante conocer las intolerancias o alergias del paciente.

- La movilización: en el caso de pacientes con movilidad reducida, se ayudara a estos a realizar correctamente los ejercicios pautados por el terapeuta. También se ayudara a estos pacientes a levantarse y acostarse y también habría que hacer de apoyo a la movilidad dentro o fuera del domicilio con paseos o ejercicios.
- Tareas socioeducativas: consiste en enseñar o incluir al individuo a que realice las tareas domésticas que le sean posible. También le hay que inducir a que adquiera hábitos básicos que estén relacionado con la alimentación, la higiene, conductas que sean saludables como por ejemplo que no fumen, que no beban alcohol, que no se droguen, conductas sociales, acompañarles par que no se sientan solos, ayudarles a que se comuniquen con los demás, etc. Con todas estas cosas conseguiremos que crezca su autoestima.
- Aseo personal: cuando se dan casos de que el paciente está encamado, hay que hacerles una higiene de encamados. Si no son encamados, únicamente les ayudamos si fuese necesario en el aseo o en el baño diario, en el lavado del cabello, lavado de dientes, arreglo de uñas, afeitarse, maquillarse, peinarse, ayuda para vestirse, y demás cosas que precisen de ayuda.
- Tareas para una mejor relación con el entorno: estas tareas consisten en ayudar al paciente a realizar tareas fuera del domicilio como por ejemplo dar paseos, ir a la compra, acudir a consultas médicas, etc.

Con todas estas tareas contribuimos a promover el nivel de independencia del paciente y conseguiremos que su autoestima aumente. También es importante dejarle intimidad al paciente.

5 Discusión-Conclusión

Como hemos mencionado al principio, la labor de un técnico en cuidados auxiliares de enfermería es muy variada, pero en este trabajo nos centremos en una de las labores que en pleno siglo xxi la considero muy importante y muy poco valorada. Esa labor que considero tan importante es la del apoyo domiciliario por parte del tcae a las personas dependientes que necesitan ayuda y que su familia debido a la vida laboral entre otras cosas, no pueden prestarle esa ayuda que necesitan. Por lo cual, el papel del tcae en apoyo domiciliario juega un papel muy importante, ya que sin su ayuda esta personas dependientes no tendrían esa ayuda que necesitan. Esta tarea que desempeñan los tcae es muy importante y siempre se debe de guardar el respeto y la educación antes este tipo de pacientes debido a que en muchas ocasiones se sienten impotentes porque no se ven capaces de realizar tareas que antes si podían hacer por si solos sin precisar de ayuda.

6 Bibliografía

1. La Asistencia Personal. ¿En qué se distingue de la Ayuda a Domicilio y los Cuidados Familiares?- 07/02/2019- autor web innova asistencial-disponible en <https://www.innovaasistencial.com/blog/la-asistencia-personalen-que-se-distingue-de-la-ayuda-a-domicilio-y-los-cuidados-familiares/>.
2. Cuidados domiciliarios para personas de edad avanzada- Por Debra Bakerjian, PhD, APRN, Betty Irene Moore School of Nursing, UC David- Última revisión completa abr. 2018- disponible en <https://www.msmanuals.com/eses/hogar/salud-de-las-personas-de-edad-avanzada/prestaci%C3%B3n-de-atenci%C3%B3n-sanitaria-a-las-personas-de-edad-avanzada/cuidadosdomiciliarios-para-personas-de-edad-avanzada>.

Capítulo 212

LA ACTUACIÓN DEL TCAE EN LA UNIDAD DE HEMODIÁLISIS

MARIA SANDRA MARTINEZ VILLARES

LUISA RUS SUAREZ

CRISTINA CUERVO ALMEDINA

EDWIN RONALD ANGELES ESPINOZA

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 fistula, 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

El propósito de este trabajo es el de realizar una revisión de la literatura que analice cómo influye las funciones del técnico en cuidados auxiliares de enfermería en una unidad de hemodiálisis.

3 Metodología

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

4 Resultados

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 esté cómodo y que la máquina esté preparada para funcionar
- Comprobar que el paciente está 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 fístula 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 213

ACTUACIÓN DEL TCAE EN PACIENTES QUE SUFREN OBESIDAD.

CRISTINA CUERVO ALMEDINA

LUISA RUS SUAREZ

MARIA SANDRA MARTINEZ VILLARES

EDWIN RONALD ANGELES ESPINOZA

1 Introducción

Una persona padece obesidad cuando presenta un IMC ≥ 30 Kg/m² , y mórbida con IMC ≥ 40 Kg/m² .

La obesidad supone un riesgo elevado para padecer colesterol, hipertensión, problemas cardíacos y diabetes. La calidad de vida está deteriorada y la esperanza de vida reducida. La OMS considera la obesidad como uno de los 10 problemas de salud más relevantes a nivel mundial.

La obesidad mórbida u obesidad extrema o de clase III consiste en una enfermedad de tipo crónico que aparece en el momento en el que existe un exceso de tejido adiposo ,es decir, grasa en el cuerpo. Se trata de la enfermedad metabólica de tipo crónico con más prevalencia en los países desarrollados, y está asociada a una gran cantidad de enfermedades tales como la hipertensión, la diabetes...

Esta enfermedad está caracterizada por el aumento progresivo de la masa corporal hasta alcanzar un punto en el que este aumento supone un riesgo para la salud del paciente, y a día de hoy supone uno de los problemas más importantes de salud pública en el mundo.

Cuando una persona comienza a acumular grasa de forma progresiva en su cuerpo, comienza a engordar, y esta grasa se puede acumular en distintos lugares del cuerpo.

Uno de ellos puede ser en la parte baja del diafragma o de la pared torácica, pudiendo esta grasa ejercer cierta presión sobre los pulmones y provocando una sensación de dificultad para respirar y cierta sensación de ahogo, incluso al hacer esfuerzos mínimos como caminar o subir las escaleras.

La respiración puede interferir de forma grave en el sueño con la llamada apnea del sueño. En este caso, se produce una parada momentánea de la respiración, un hecho que causa ciertas complicaciones.

2 Objetivos

- Establecer las competencias de conocimientos, habilidades y actitudes necesarias en el TCAE con pacientes con obesidad.
- Conocer la importancia de una realización eficaz del TCAE con pacientes con obesidad.

3 Metodología

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

4 Resultados

Un porcentaje significativo de los pacientes presenta algún trastorno alimentario, primario o secundario a la obesidad. Algunos autores defienden que la obesidad debería estar incluida en “Trastornos alimentarios y de la ingesta de alimentos”. Muchos factores etiológicos manejados en la obesidad son compartidos con los trastornos alimentarios, de naturaleza psicológica. Las personas con obesidad presentan un patrón de dificultades en la toma de decisiones, relacionadas con la recompensa, flexibilidad mental, perseverancia y problemas en el cambio de enfoque. Se encuentran también dificultades para identificar, distinguir, describir y expresar sus propias emociones, de manera similar a lo observado en los trastornos alimentarios.

Algunos datos significativos sobre Prevalencia de la obesidad son:

- En EE. UU. (2016) un 39,8% en adultos y 18,5% en jóvenes.
- En Europa 10-35%.
- En España 39% de sobrepeso y 22% obesidad, y 35% a partir de los 65 años.

Inicio y evolución.

En las últimas décadas ha crecido la obesidad en la infancia en los países desarrollados. Se considera una enfermedad crónica. Con la edad se agrava porque se gana una media de 0,5 kg/año. Los tratamientos médicos y psicológicos solo muestran resultados a corto plazo y a largo plazo se recupera el peso o se supera. El riesgo de muerte asociado a la obesidad es mayor que el de las personas con normopeso, hasta 2,5 veces en obesidad mórbida, la principal causa de muertes por enfermedad cardiovascular.

El diagnóstico se establece en función del IMC. Hay que señalar si la persona presenta trastorno de atracones, porque podría presentar mayor psicopatología asociada y mayor comorbilidad con otros trastornos mentales. Destaca la elevada prevalencia de trastorno del estado de ánimo.

Los pacientes con obesidad presentan un riesgo 55% mayor de desarrollar depresión, mientras que los pacientes con t. emocionales tienen un riesgo del 58% de padecer obesidad. El 34% de los pacientes con trastorno bipolar presentan obesidad. Hay una elevada comorbilidad con trastorno de ansiedad, destacando el trastorno de pánico, la fobia social y la agorafobia, y con trastorno de personalidad, especialmente en obesidad mórbida. Existe también elevada comorbilidad con trastorno de la conducta alimentaria y patrones de comer alterado, como trastorno de atracones y síndrome de comer nocturno. En niños se observa comorbilidad con problemas internalizantes, externalizantes, TDAH y problemas en el sueño.

Son frecuentes también los problemas en huesos y articulaciones, con problemas de artrosis en las piernas, dolores en determinadas zonas como por ejemplo la zona lumbar...

Las personas con obesidad mórbida tienen dificultades a la hora de sudar, ya que el hecho de realizar acciones implica un mayor esfuerzo, por lo que se produce una excesiva sudoración.

5 Discusión-Conclusión

Se ha podido sacar en conclusión que los pacientes obesos tienen que luchar contra un factor de vulnerabilidad genética y biológica y que ligados a los factores psicológicos lleva a muchas personas a tener una elevada comorbilidad con otras

enfermedades. El técnico en cuidados auxiliares de enfermería juega un papel muy importante con estos pacientes debido a que pasan mucho tiempo con ellos debido a su elevada comorbilidad y a los continuos ingresos hospitalarios que ello supone. Por lo tanto, el personal de Tcae es una persona importante en la vida de estos pacientes debido a que se van a convertir en un gran apoyo para ellos.

6 Bibliografía

1. Organización Mundial de la Salud. Informe de la Comisión para acabar con la obesidad Infantil. Ginebra: OMS, 2016. Disponible en: <https://www.who.int/endchildhood-obesity/publications/echo-report/es/>.

Consulta: 15 julio 2019.

2. Argentina. Ministerio de Salud. Alimentación saludable, sobrepeso y obesidad en Argentina. Buenos Aires: Ministerio de Salud, 2017. Disponible en: http://www.msal.gob.ar/images/stories/ryc/graficos/0000001137cnt-2017-09_cuadernillo-obesidad.pdf.

Consulta: 15 julio 2019.

Capítulo 214

ACTUACION DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) EN UNA FARMACIA HOSPITALARIA

MARTA BUENO GONZÁLEZ

GLORIA RODRÍGUEZ BARBA

EVA CÁMARA MENGUEZ

EDWIN RONALD ANGELES ESPINOZA

1 Introducción

La farmacia hospitalaria realiza una función muy importante dentro de una institución sanitaria, y es la encargada de almacenar, preparar y dispensar la medicación y productos sanitarios que son necesarios para suministrar a los pacientes. La farmacia hospitalaria está constituida por un equipo de varios profesionales que tienen los conocimientos suficientes para desarrollar las funciones que se le exigen en la farmacia hospitalaria. Estos trabajadores trabajan en equipo para conseguir los objetivos marcados.

El auxiliar de farmacia es el encargado de abastecer la medicación necesaria para los pacientes ingresados.

También tiene que controlar el almacenaje, el stock y fecha de caducidad de los medicamentos.

Por otra parte, también hará fórmulas de quimioterapia para la preparación de citostáticos para pacientes que tienen cáncer.

En cuanto a dispensar medicamentos para pacientes externos, solo podrán ser medicamentos de uso hospitalario que por algún motivo no los hay en las oficinas de farmacia y serán los propios pacientes los que acudan al hospital a recoger esa medicación.

El papel que juega un Técnico en Cuidados Auxiliar de Enfermería en una farmacia hospitalaria es bastante amplio, ya que realiza diferentes funciones. La mayoría de esas funciones tienen que ser supervisadas por el farmacéutico responsable de esa farmacia hospitalaria con el objetivo de que se cumplan de manera eficaz.

2 Objetivos

- Explicar que es el servicio de farmacia hospitalaria.
- Describir cuales son las funciones que desempeña un técnico en cuidados auxiliares de enfermería dentro de una farmacia hospitalaria.

3 Metodología

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

4 Resultados

Dentro de una farmacia hospitalaria tenemos por un lado al auxiliar de farmacia y por otra parte al técnico en cuidados auxiliares de enfermería. Las funciones de ambos profesionales son muy variadas. Vamos a comenzar explicando las funciones del auxiliar de farmacia, que son las siguientes:

- Tiene que hacer un uso adecuado de toda la medicación atendiendo a las necesidades que son requeridas por parte del hospital y de los pacientes.
- Tiene que guiar a los profesionales y pacientes para que se realice una correcta administración del medicamento.
- Tiene que realizar una buena recepción de medicamentos, así como la correcta conservación de los mismos.

- Dispensar la medicación necesaria a los pacientes que lo precisen.
- Realizar tanto la preparación como conservación y seguimiento de los medicamentos citostáticos.

Para el buen funcionamiento de la farmacia hospitalaria es necesario lo siguiente:

- La farmacia tiene que estar formada por profesionales como los farmacéuticos, los técnicos en cuidados auxiliares de enfermería, los enfermeros y los celadores. Todos ellos han de trabajar en equipo.
- Todos los profesionales que trabajan en la farmacia hospitalaria tienen que tener los conocimientos necesarios para desarrollar las tareas que se les exige en esta unidad.
- Siempre que se vaya a dispensar medicación, es importante su supervisión, ya que si se administra una medicación por error puede ser muy peligroso para el paciente.

Por último, vamos a citar las funciones que desempeña el Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería dentro de la farmacia hospitalaria:

- Es el encargado de preparar toda la medicación para los pacientes que se encuentran ingresados y a su vez facilitar aquellos productos no medicamentosos.
- Se tienen que encargar de limpiar todos los equipos e instrumentos que se utilizaron en la farmacia hospitalaria.
- Tiene que controlar el stock y recepción de los productos que se recibieron.
- Tiene que controlar la fecha de caducidad de los medicamentos.
- Comprobar la temperatura, ya que la medicación necesita ser almacenada a una temperatura adecuada para que se mantengan en perfecto estado.
- Se tienen que encargar de reponer la medicación necesaria en las áreas del hospital que sea necesario.
- Tendrá que hacer todas las funciones que sus superiores le encomendé.

5 Discusión-Conclusión

El papel que juega un técnico en cuidados auxiliares de enfermería dentro de una farmacia hospitalaria es muy importante, ya que se va encargar principalmente del almacenaje y colaborar con el farmacéutico y enfermeros en las labores que son necesarias como la preparación de la medicación y controlar la caducidad de la misma.

Otra labor del Tcae en la farmacia hospitalaria que es importante es la

preparación de los medicamentos para posteriormente ser distribuidos en el hospital a los distintos pacientes que necesitan esa medicación.

Siempre que el tcae tenga alguna duda debe de preguntar a sus superiores, ya que una mala gestión dentro de la farmacia hospitalaria puede suponer un grave problema en el paciente.

El trabajo en equipo dentro de esta unidad es muy importante, ya que así se logrará conseguir los objetivos de la mejor manera.

6 Bibliografía

1. <https://www.sefh.es/bibliotecavirtual/fhtomo1/cap11.p>
2. <https://www.kapitalinteligente.es/>
3. <https://farmaciamarcos.es/profesion-2/farmacia-hospitalaria/>

Capítulo 215

LAS TAREAS QUE DESEMPEÑA UN TCAE EN LA UNIDAD DE REHABILITACIÓN

GLORIA RODRÍGUEZ BARBA

MARTA BUENO GONZÁLEZ

EVA CÁMARA MENGUEZ

1 Introducción

Según la OMS (Organización Mundial de la Salud), la rehabilitación son todas las medidas sociales, educativas y profesionales que su único objetivo es restituir al individuo en las situaciones de discapacidad.

Se puede decir que la rehabilitación es un proceso de forma continua que tanto su duración como sus objetivos son limitados. Lo que se pretende con la rehabilitación es conseguir que el individuo consiga obtener ciertos niveles óptimos de independencia física y a su vez también unas habilidades funcionales.

En muchas ocasiones la rehabilitación consta de un proceso bastante complejo en el que se trata de aplicar muchos procedimientos para lograr conseguir que la persona que se encuentra impedida pueda llegar a recuperar total o parcialmente su estado funcional. Por así decirlo, se trata de que dicha persona pueda volver a recuperar sus capacidades y funciones que por algún motivo se vieron afectadas. Cuando se realiza la rehabilitación al paciente, lo que se intenta conseguir es actuar sobre los 3 niveles de prevención existentes. Estos tres niveles son el nivel de prevención primario, el secundario y el terciario.

Haciendo mención al tratamiento rehabilitador, hay que tener en cuenta un factor demasiado importante como es la motivación. Con esto se quiere decir que cuando una persona a sufrido unos daños y se tiene que enfrentar a unos problemas, no es lo mismo afrontarlos estando motivado que estando desmotivado y pensando que todo va a salir fatal.

En la rehabilitación las técnicas más empleadas se puede decir que son la crioterapia y la electroterapia, la ultrasonoterapia y la cinesiterapia.

2 Objetivos

Conocer la importancia de una realización eficaz del manejo de los pacientes que necesitan rehabilitación.

Mejorar el abordaje multidisciplinar en cuanto al servicio de rehabilitación.

3 Metodología

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

4 Resultados

Como hemos dicho anteriormente, una cosa muy importante antes de iniciar la rehabilitación es la motivación, ya que no es lo mismo enfrentarse al problema de forma motivada que de manera desmotivada pensando que no va a valer para nada y que todo saldrá mal.

Es muy importante que la persona que se va a someter a rehabilitación vaya con la idea de que quiere mejorar la condición de su salud y que ponga todo el interés por su parte, ya que sino estos intentos de rehabilitación fracasará.

Es importante que se establezcan unas metas en conjunto entre el profesional y el paciente para que este último se sienta capaz de lograr esas metas.

En los procesos de rehabilitación es necesario que se impongan objetivos que sean realistas y también consensuados para que las expectativas del éxito sean máximas.

Existen varios factores que es necesario tener en cuenta y que ayudan mucho a la recuperación del paciente. Algunos de estos factores son los siguientes:

- Todo tratamiento que se le proponga al paciente debe de tener unos objetivos realistas para que el paciente sienta ese entusiasmo por conseguirlos.
- todos los tratamientos tienen que ser en consenso y dejar claro que es lo que persigue cada uno de ellos.
- Es de vital importancia que los tratamientos sean sencillos, ya que si son complicados provocan cansancio y desganancia por parte del paciente.
- los tratamientos nunca pueden ser intensos buscando resultados a corto plazo, sino que deben de ser constantes.
- cada sesión de rehabilitación tiene que ser corta para evitar dolor y fatiga.

Para realizar la rehabilitación existen varios tipos de terapia. Algunos tipos son los siguientes:

- Cinesiterapia: se utiliza el movimiento para tratar las patologías.
- Electroterapia: consiste en aplicar corrientes eléctricas a diferentes intensidades.
- Crioterapia: consiste en aplicar frío. Con ello se consigue evitar la inflamación de la zona afectada.

En cuanto a las funciones que tiene un técnico en la unidad de rehabilitación, destacan las siguientes:

- Tendrá que realizar el aseo de los pacientes.
- Tendrá que limpiar y ordenar el material utilizado.
- Colaborará ayudando al personal auxiliar sanitario titulado en colocar al paciente en la postura deseada.
- Control de las posturas estáticas de los pacientes.

5 Discusión-Conclusión

La rehabilitación es un proceso largo y a veces desesperador para el paciente que lo realiza.

Con la rehabilitación lo que se pretende conseguir es rehabilitar a una persona que ha sufrido un daño y se quiere conseguir restaurar esa parte afectada para que vuelva a funcionar correctamente.

Un factor muy importante de cara a realizar la rehabilitación, es la motivación. Este factor va a depender mucho de cómo el paciente se enfrente a un proceso de rehabilitación, ya que no es lo mismo ir motivado y con ganas que ir desmotivado pensando que todo va a salir mal.

Otra cosa muy importante es que las sesiones nunca deben de ser largas para no producir fatiga.

Por último decir que el tcae juega un papel bastante importante en la unidad de rehabilitación, ya que ayuda al personal auxiliar sanitario en todo lo que necesite.

6 Bibliografía

1. Prentice, W. E. (2001). Técnicas de rehabilitación en medicina deportiva (Vol 44). Editorial Paidotribo.
2. Cuetos, F. (2017). Tipos de rehabilitación.

Capítulo 216

LA ATENCIÓN DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) A LOS ACOMPañANTES DEL PACIENTE TERMINAL. REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA

EVA CÁMARA MENGUEZ

MARTA BUENO GONZÁLEZ

GLORIA RODRÍGUEZ BARBA

1 Introducción

Como pacientes terminales incluimos a aquellos que presentan:

- Enfermedad incurable avanzada: enfermedad de curso progresivo, gradual, con diverso grado de afectación de la autonomía y la calidad de vida, con respuesta variable al tratamiento específico.
- Enfermedad terminal: enfermedad avanzada, en fase evolutiva e irreversible, con síntomas múltiples, impacto emocional, pérdida de autonomía, etcétera.
- Situación de agonía: la que precede a la muerte cuando esta se produce de forma gradual.
- Enfermedades o situaciones de gravedad comparable a las anteriores.

El representante del paciente es la persona que se designa para actuar como intermediario ante el equipo sanitario.

El documento de voluntades anticipadas (DVA) o el testamento vital es un documento legal en el cual una persona mayor de edad, capaz y que actúa con total libertad, manifiesta instrucciones sobre los cuidados y tratamientos médicos que quiere recibir en el caso de que se encuentre en una situación en la que no pueda decidir por sí misma y expresar su voluntad.

Se aconseja redactar el DVA cuando se tiene plena posesión de las facultades, para garantizar que el documento recogerá todos nuestros deseos en relación con el trato que se quiere recibir al final de la vida o después de la defunción. El documento sirve como guía tanto a los profesionales médicos como a la familia para que puedan obrar de acuerdo con nuestra voluntad.

2 Objetivos

Dar a conocer, como personal sanitario formado en cuidados auxiliares de enfermería, algunas cuestiones básicas relacionadas con la atención del TCAE a los acompañantes de pacientes en situaciones terminales, mejorando nuestros conocimientos.

3 Metodología

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

4 Resultados

Tras la muerte del paciente, la familia necesita supervisión y apoyo en la elaboración del duelo. La intervención debe centrarse en una relación de ayuda y asesoramiento continuado, sin caer en la sanitización del proceso.

Es importante la detección temprana del desarrollo de las distintas formas de duelo patológico. La implicación previa en la atención del paciente y la familia de los profesionales sanitarios y la longitudinalidad de los cuidados que ejercen son factores clave que permiten el apoyo a la familia durante todo el proceso del duelo.

La notificación de una enfermedad terminal causa un fuerte impacto emocional, tanto en el paciente como en la familia. La reacción de cada persona es diferente y es una respuesta a su forma de ser y a sus características. Normalmente, reaccionan con aturdimiento y largos silencios. El equipo terapéutico debe apoyar al paciente y también a la familia, a quien debe proporcionar una información clara sobre la enfermedad, sobre sus síntomas y sobre los tratamientos paliativos. El equipo debe motivar a los familiares a que colaboren prestando apoyo emocional al enfermo y haciéndoles partícipes de las tareas que buscan el mejor confort. Además, a los familiares no se les puede negar el tiempo; hay que concederles el que soliciten para estar al lado del paciente. Si se pide apoyo espiritual, hay que encontrar las vías para dárselo.

La familia debe tener muy claro quiénes son los integrantes del equipo terapéutico y qué funciones desempeñan. Siempre van a tener su ayuda.

Si el paciente terminal se queda en casa, se designa un responsable o cuidador principal que asuma las tareas de cuidados.

No obstante, la responsabilidad puede ocasionar desequilibrios emocionales a esta persona y es posible que acabe requiriendo apoyo psicológico.

5 Discusión-Conclusión

Hemos podido conocer como personal sanitario formado en cuidados auxiliares de enfermería algunas cuestiones básicas relacionadas con la atención al paciente terminal, en concreto a la atención que se debe de prestar a los acompañantes de los pacientes, ya que muchas veces olvidamos que éstos están también pasando por un proceso difícil en el que ven como están perdiendo a sus familiares o personas más queridas.

Por ello el TCAE debe de acompañarlos también, incluyéndolos dentro del proceso asistencial y apoyándolos y mostrándose accesible y empatizando con su situación.

Hemos visto también que cada persona vive el duelo de una forma distinta, cosa que debemos saber detectar.

6 Bibliografía

1. <https://www.elsevier.es>

› es-revista-a...

Cuidados paliativos. La atención a los últimos días | Atención Primaria.

2. <https://www.cancer.net>

› cuidados-p...

Cuidados para enfermos terminales | Cancer.Net

Capítulo 217

LA ENFERMEDAD DEL BOTULISMO

PAULA CRISTINA RODRÍGUEZ CAMPOS

1 Introducción

La enfermedad llamada botulismo, es causada por una neurotoxina bacteriana la toxina botulínica producida por la bacteria *Clostridium botulinum*. La intoxicación suele darse en casos más frecuentes mediante los alimentos, mayormente por la ingesta de alimentos con mala preparación o guardados de una manera inapropiada. También puede contraerse la enfermedad por la infección de una herida abierta, o por el efecto liberado de la toxina en el tratamiento de enfermedades neuromusculares o en cosmética.

La toxina se produce por la bacteria denominada *Clostridium botulinum*, esta habita en zonas contaminadas como el suelo o agua no tratada de forma adecuada. Esta bacteria, es una bacteria de tipo anaerobia, sus esporas reviven aun así en los alimentos infectados que pasaron procesos de elaboración de mala calidad o que han sido almacenados en zonas inadecuadas y de manera incorrecta.

La toxina botulínica, es una de las toxinas más letales que existen, de modo, con solo probar una parte del alimento infectado por esta bacteria, puede provocar grandes consecuencias en la salud de la persona que ingiera este tipo de alimento contaminado por la bacteria *Clostridium botulinum*.

Hay diferentes tipos de toxinas botulínicas y pueden diferenciarse con diferentes letras como la A,B,C,D,E,F Y G.

2 Objetivos

Investigar acerca del botulismo

Conocer los signos y síntomas de esta enfermedad.

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 desarrollo de Botox requiere un sustrato con baja acidez o alcalinidad: pH superior a 4,5.

Los alimentos más susceptibles de intoxicación son las carnes o pescados crudos que han sido manipulados o almacenados deficientemente durante el proceso de ahumado. Para evitar el aumento del riesgo de botulismo y síntesis tóxica, los nitritos y nitratos con su efecto inhibitorio se han utilizado durante mucho tiempo como aditivos alimentarios.

El Botox también puede multiplicarse en algunas verduras que no son muy ácidas o que han perdido su acidez natural por la acción de otros microorganismos cuando se almacenan sin un tratamiento térmico adecuado para destruir las esporas bacterianas. Esto sucede ocasionalmente en las conservas caseras, pero muy raramente en las conservas industriales.

El uso de una gran cantidad de azúcar es primordial para la conservación debido a que ayuda a reducir el número de bacterias que causan o producen la enfermedad llamada botulismo.

También se ha observado el botulismo entre trabajadores del laboratorio por la inhalación de los aerosoles que desprende esta bacteria, aunque la gente tóxica, también está expuesta a esta enfermedad, debido a que comparten jeringuillas, algún tipo de droga infectada, o también por inhalación de algún tipo de droga que haya sido infectada, lo que puede provocar sinusitis crónicas, es decir, de por vida, durante toda tu vida vas a estar medicada debido a esto.

Algunos de los síntomas que causa pueden ser los siguientes:

La boca seca, dificultad para tragar, caída de los párpados, problemas para respirar, náuseas, vómitos, calambres abdominales, la visión puede ser borrosa o doble, también dificultad a la hora de hablar, parálisis, debilidad facial en ambos lados del rostro facial y otras muchas más.

5 Discusión-Conclusión

Todo el personal sanitario de la salud dentro del ámbito hospitalario, buscan e investigan sobre esta enfermedad teniendo en cuenta sus signos y síntomas para tratarlos cuanto antes y poder lograr un diagnóstico adecuado con el fin de tratar esta enfermedad como lo es el botulismo, porque sino se trata a tiempo puede conllevar consecuencias graves y muy perjudiciales para la salud de la persona que lo padezca. Por eso, es bueno intentar tratar la enfermedad cuanto antes, haciéndole saber al paciente de que todo va estar bien y va recibir todo el apoyo tanto por el personal del hospital como de sus familiares.

6 Bibliografía

FDA Law Enforcers Crack Down on Illegal Botox Scammers [1]

«botulismo». DRAE. Consultado el 4 de mayo de 2014.

Erbguth, Frank J. (2004) (en inglés) «Historical notes on botulism, Clostridium botulinum, botulinum toxin, and the idea of the therapeutic use of the toxin.» (abstracto) en Movement Disorders, Volume 19, Issue S8, pp. S2–S6, marzo de 2004. Wiley Library Online. Consultado el 4 de mayo de 2014.

Capítulo 218

ATENCION PRIMARIA

CRISTINA RAMOS DOS SANTOS

JOSE LUIS MAMANI PARDO

1 Introducción

Desde 1978 se ha reinterpretado multitud de veces el concepto de atención primaria. Actualmente se tiene ya una definición clara. La atención sanitaria tiene como objetivo principal garantizar una sanidad de calidad buscando el bienestar equitativo de toda la población desde un nivel básico. La atención primaria busca una atención integral del paciente, no simplemente en el momento de la enfermedad. La atención primaria tiene un proceso continuo enfocado en la promoción, prevención, tratamiento, rehabilitación y los cuidados paliativos. Algunas de las funciones mas conocidas son las consultas medicas regulares y la atención de emergencia siendo estas una pequeña parte de las funciones que se llevan a cabo en un centro de atención primaria. Algunas de las funciones de los centros de atención primaria son: atención odontología básica en adultos y avanzada en pacientes pediátricos o personas gestantes, controles de enfermedades crónicas como puede ser la diabetes (estas funciones las llevan a cabo principalmente los tcaes con la colaboración de los dues), atención psicológica, pruebas especiales (no en todos los centros), matronas para la atención prenatal...

Las principales patologías vistas en los centros de atención primaria son banales y con una sencilla resolución como pueden ser gripes, esguinces...

Si es cierto que estos centros atienden principalmente a pacientes de avanzada edad y pacientes pediátricos siendo estos los que necesitan una mayor atención.

En España contamos con 13122 centros de atención primaria, pero es cierto que se estima que cerca de 3600 millones de personas en el mundo aun no disponen de esta asistencia, se sabe a ciencia cierta que en el caso de que dispusieran de atención se evitarían hasta 60 millones de vidas y aumentaría la esperanza de vida en casi 4 años

2 Objetivos

Conocer cuales son las funciones que se llevan a cabo en los centros de atención primaria y cuales son los encargados de realizarlas

3 Metodología

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

4 Resultados

A los centros de atención primaria acuden multitud de pacientes y cada uno de ellos es diferente y variado es por eso que los centros de atención primaria estas divididos en diferentes sectores.

Los pacientes pediátricos serán atendidos por pediatras y enfermeros pediátricos, en algunos casos como pueden ser en casos de urgencias puede que sean atendidos por un medico de familia sin titulación pediátrica. El enfermero seguirá la evolución del infante desde sus primeros días de vida hasta los 14 años, llevara un control de las medidas y el peso y seguirá su calendario de vacunas .

El medico de familia sera el encargado de llevar los pacientes desde los 14 años hasta el final de su vida, las patologías que atiende son muy variadas siendo necesaria en algunos casos la derivación a centros hospitalarios para una atención especializada.

En este caso los dues tendran funciones mas diversas atendiendo a todas las necesidades de los pacientes.

Aunque la función de los tcas en los centros sanitarios no son muy conocida es cierto que son muy necesarios, son los encargados de llevar el control y seguimiento de pacientes con patologías crónicas, prestan asistencia al odontología siendo los encargados de la esterilización del material y los encargados de reponer las consultas de todo el centro sanitario.

También se dispone de auxiliares administrativos que son los encargados de gestionar todas las citas tanto con el personal del centro de atención primaria como coordinando las citas de atención especializada en los hospitales.

Como ya comentamos previamente en algunos centros se realizan pruebas especiales como puede ser la toma de alguna imagen radiológica, ECG, tomas de muestras sanguíneas, de orina o heces.

La prevención es una de las partes fundamentales de los centros de atención primaria realizando campañas importantes como es la de la gripe o ahora mismo la del covid.

5 Discusión-Conclusión

Si no dispusiéramos de centros de atención primaria la esperanza de vida sería bastante inferior a la actual, las personas con enfermedades crónicas no tendrían de un seguimiento personalizado, no existirían las campañas de prevención de enfermedades ni la prevención mediante las campañas de vacunación eso aumentaría la incidencia de muchas enfermedades y la mortalidad de algunas. Los centros hospitalarios estarían colapsados todo el tiempo y las listas de espera para la atención serían inasumibles. Desde 1978 la atención primaria ha ido evolucionando cosa que en la actualidad sigue sucediendo buscando mejorar la calidad y la atención a los pacientes.

6 Bibliografía

OPS, OMS.

Renovación de la atención primaria de salud en la Américas: Documento de Posición de la Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS).

Biblioteca Sede OPS, (2007),

Declaración de Alma Ata: Conferencia Internacional de Atención Primaria de Salud Salud Publica Educ Salud. 2002;2:22-4.

E.R. Borroto Cruz, R.S. Salas Perea, P.A. Díaz Rojas.

Un nuevo modelo formativo de médicos en la Universidad Barrio Adentro, República Bolivariana de Venezuela.

Educ Med Super, 24 (2010), pp. 111-135

Capítulo 219

EL TRATO DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA CON LOS PACIENTES Y LOS FAMILIARES DE LOS MISMOS

VIOLETA SOMOANO ALADRO

ASUR ARCA ÁLVAREZ

ALMUDENA MATÍNEZ MORATINOS

CAROLINA SUÁREZ BLANCO

ALEJANDRA GARCÍA ANTÓN

1 Introducción

La comunicación es la manera que tenemos de transmitir información y de relacionarlos con el resto de personas. La comunicación tiene varios elementos:

- Emisor: es la personal que emite el mensaje.
- Receptor: es la persona o personas que reciben el mensaje.
- Mensaje: es la información que el emisor transmite al receptor, siendo fundamental el entendimiento del mismo por ambas partes.
- Canal: es el medio por el que se envía el mensaje.
- Código: es el sistema de signos que se emplean a la hora de transmitir el mensaje y debe de ser conocido tanto por emisor como por receptor.

- Contexto: situación que rodea a la comunicación y que puede facilitar el entendimiento del mensaje.

La comunicación es fundamental en el ámbito sanitario, debe tenerse en cuenta que el paciente y sus acompañantes pueden no conocer ciertas palabras o expresiones sanitarias y por ello el mensaje deberá de ser adaptado a cada paciente y circunstancia.

La comunicación además puede ser verbal o no verbal, siendo esta última la que adquiere mayor importancia contextualmente hablando. La comunicación verbal supone todo aquello hablado o escrito que implique el uso de palabras y que exprese un mensaje directo, la comunicación no verbal incluye todo tipo de gestos y movimientos que le proporcionarán al mensaje el sentido adecuado.

2 Objetivos

Conocer las técnicas por las que el TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) se comunica con los pacientes y con sus familiares.

3 Metodología

La metodología que se ha usado para la realización de este trabajo ha sido la revisión bibliográfica relacionada con la comunicación del TCAE con el paciente y sus acompañantes.

La información se ha recopilado de diversas fuentes que se relacionan a continuación:

- Revisión de las bases de datos de Web of Science, Scielo y PubMed.
- Revisión de manuales de actuación de hospitales.
- Revisión de manuales de Consejerías o Servicios de Salud de diferentes CCAA.

Para realizar este trabajo se han incluido artículos, protocolos, manuales o guías fechados entre 2010 y 2019 para limitar la cantidad de información y que esta fuese lo más actualizada posible.

Los términos utilizados para la búsqueda han sido “comunicación”, “comunicación no verbal”, “TCAE”, “paciente”, “acompañantes de paciente”.

4 Resultados

Como ya se expresó anteriormente la comunicación es parte fundamental del entendimiento entre personas. En los centros sanitarios hay que tener en cuenta

que la cantidad de gente que pasa por ellos es muy grande y todos son distintos, no hay dos pacientes iguales. Asimismo la variedad de pacientes implica una gran variedad de familiares y por lo tanto más complicaciones a la hora de comunicarse.

El TCAE debe de atender a los pacientes y cubrir sus necesidades pero se debe conocer previamente la cultura y las rutinas del propio paciente. Hay protocolos para atender a cada paciente y cuando se trata de muchos los tiempos de atención a cada uno disminuyen, si embargo de pueden tener ciertas consideraciones con cada paciente, si le gusta más el agua fría o caliente, si trajo sus propios productos de aseo, si pretende realizar el aseo por sí mismo o precisa algo de ayuda o una asistencia total. Cada cosa que se le hace al paciente debe de ser cuidadosamente llevada a cabo. Para que esto ocurra y el paciente se sienta lo más tranquilo y a gusto se necesita una comunicación efectiva entre paciente y TCAE o en su defecto con los familiares.

La comunicación con los pacientes ha de ser cuidadosa y ha de evitarse hablar de ellos, al menos tener la certeza de que al hacerlo nadie de su círculo cercano lo puede oír. Los comentarios fuera de lugar son poco agradables pueda o no escucharlos el paciente, también se consideran inapropiados aquellos comentarios deshumanizados sobre el estado de salud de ellos. Las opiniones no deberían pronunciarse ya que el trabajo del TCAE es atender y cuidar no opinar o juzgar.

5 Discusión-Conclusión

El TCAE tiene como premisa atender a los pacientes según las necesidades que presente cada uno y por ello debe de mantener una comunicación activa tanto con el paciente como con su entorno, saber en todo momento qué precisa y si está bien, si se encuentra limpio y cómodo o si necesita cualquier cosa, desde ayuda para limpiarse, cambiarse, comer o para coger el mando de la televisión. El TCAE será capaz de comunicarse de forma adecuada con cada una de las personas que se encuentren allí para así favorecer a estancia lo más agradable posible y no hacer de la enfermedad más problema del que pueda llegar a ser.

6 Bibliografía

Sánchez, C. C. (2011). La comunicación en el hospital: la gestión de la comunicación en el ámbito sanitario (Vol. 42). Comunicación Social.

Sánchez, F. S., Marín, F. J. S., & Benavente, Y. L. (2008). Un estudio cualitativo para conocer las características que definen y mejoran la formación en comunicación

asistencial e interprofesional. *Revista de calidad asistencial*, 23(6), 253-258.

Serrano Falcón, M. (2013). Comunicación sanitaria on line: El papel del médico en el marketing de contenidos sanitarios. *Revista Espanola de Comunicacion en Salud*, 4(2).

Romero, F. A. (2004). Medios de comunicación y opinión pública sanitaria. *Atención primaria*, 33(2), 95.

Capítulo 220

ICTUS:TIPOS, SINTOMAS Y TRATAMIENTOS

LAURA PARAJON PARAJON

M^a ARGENTINA YAÑEZ ALVAREZ

ROSA MESA MENDEZ

ROSA MARIA GONZALEZ IGLESIAS

MARÍA DEL ROCÍO MENÉNDEZ PÉREZ

1 Introducción

El término ictus se utiliza para referirnos a las enfermedades vasculares del cerebro. Se pueden tener enfermedades vasculares en el corazón como el infarto o en los miembros inferiores, pero si aparecen en el cerebro se trata de ictus. Existen dos tipos, los ictus isquémicos, que ocurre cuando se taponan una arteria y no llega la sangre al cerebro. Si esta situación se mantiene el tiempo suficiente, el tejido se muere y es cuando ocurre este tipo de ictus(isquémico) y, por otro lado, está el ictus hemorrágico, que es cuando una arteria se rompe y una parte del cerebro queda inundada de sangre. Esta sangre no se puede liberar al exterior, ya que el cerebro está encerrado en los huesos del cráneo, por eso la sangre presiona lo más blando, impidiendo que este se oxigene adecuadamente, provocando también la muerte de los tejidos.

El tiempo es crucial porque el cerebro no se destruye de manera inmediata, sino que aguanta varias horas. Si podemos disolver el trombo o extraerlo inmediata-

mente de forma rápida, podemos hacer que el paciente mejore y los síntomas desaparezcan. Puedes llegar al hospital, puedes llegar a estar bien, pero si nadie te saca ese trombo o se disuelve puede derivar a una discapacidad o incluso la muerte.

2 Objetivos

Objetivo principal:

- Exponer los signos o síntomas que presenta un paciente ante un ictus.

Objetivos secundarios:

- Exponer la clasificación principal de los ictus.
- Especificar los factores de riesgo primordiales.
- Valorar el tratamiento adecuado para el tipo de ictus sufrido.
- Recomendación de hábitos saludables para evitar sufrir un ictus.

3 Metodología

Para la elaboración de este capítulo, se han 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 bases de datos pubmed, medline y scielo seleccionando los artículos científicos relacionado con el tema a estudio.

4 Resultados

Por lo general, los ictus son de inicio súbito y de rápido desarrollo, así que todo segundo que transcurre es crucial, dado que el tejido cerebral comienza a deteriorarse y por ende a morir, lo que causa una lesión cerebral en minutos. Es decir, cuando los vasos sanguíneos se lesionan por una u otra causa, y no llega la sangre adecuadamente, se origina la disminución o anulación de la función de la parte del cerebro afectada. Según el tipo de lesión que le ocurra al vaso podremos hablar de ictus isquémico o ictus hemorrágico.

Ictus isquémico: se produce cuando existe un taponamiento de un vaso, con lo cual la sangre no puede llegar a una zona determinada del cerebro, esa parte queda sin el oxígeno y los nutrientes que necesita y se lesiona. Si dicha situación se mantiene el tiempo suficiente, el tejido se necrosa y se produce el infarto cerebral.

Ictus hemorrágico: cuando lo que ocurre es una rotura del vaso dentro del cerebro o en sus envolturas. Esta sangre no se puede liberar al exterior, ya que el cerebro esta encerrado en los huesos del cráneo, por eso la sangre presiona lo más blando, impidiendo que este se oxigene correctamente, provocando, también, la muerte de los tejidos que están comprimidos.

A la hora de detectar que una persona está sufriendo un ictus existen infinidad de síntomas, pero los más frecuentes son los que se describen a continuación, pérdida brusca de fuerza en el medio del cuerpo, en la cara, en el brazo o en la pierna o , incluso, una combinación de ellos. También puede ocurrir una desviación de la comisura de la boca. De la misma manera, se produce una pérdida brusca de sensibilidad, es decir, que no sientes la piel de la cara, de la mano o de la pierna. En cuanto al lenguaje, puedes perder capacidad de hablar, solo balbucear, no ser capaz de construir frases o no entender lo que te dicen. Otro de los síntomas es la pérdida brusca de equilibrio. Si la zona del cerebelo se ve afectada, el paciente es incapaz de mantenerse de pie.

Los factores de riesgo vasculares comunes al ictus son la hipertensión arterial , la diabetes, el colesterol alto, el consumo de alcohol y tabaco, la obesidad, el sedentarismo.... .En jóvenes, además del consumo de drogas , sobre todo la cocaína , puede tener un papel relevante en ictus isquémicos y hemorrágicos. También hay factores de riesgo que no son clásicos pero que tienen importancia y que guardan relación con las condiciones de vida. Si llevas una vida estresada, sin tiempo para relajarse, todo el día pendiente del trabajo, del teléfono..es muy malo, puesto hay una mayor posibilidad de que se produzca este tipo de enfermedades. También la contaminación atmosférica es crucial.

Actualmente, existen dos tipos de tratamiento para atender aquellos pacientes que están sufriendo un ictus. Por un lado están los farmacológicos, que si el paciente llega pronto al hospital, antes de las cuatro horas y media, aplicaremos un tratamiento venoso que intenta resolver el trombo. Si no lo consigue se pasa a un segundo plano, a una pequeña intervención de trombectomía mecánica que es introducir un catéter por la arteria femoral del paciente hasta llegar al trombo, donde con las herramientas que lleva el catéter se tira del mismo para extraerlo. En este último caso, la eficiencia es altísima. Hay un 90% de posibilidad de re- canalizar la arteria, pero tan importante es la intervención como hacerla a tiempo. Si llego a la décima hora de la evolución, el paciente no va a mejorara porque el tejido no es rescatable, la zona ya esta dañada. Por eso hablamos de supervivencia del ictus, que va desde el sistema de transporte hasta la atención en el centro hospitalario y entendido como cualquier cadena que si falla cualquier eslabón todo se complica.

5 Discusión-Conclusión

Las conclusiones obtenidas una vez realizada esta investigación son las siguientes:

Que cuando se trata de un ictus, el tiempo es oro, por eso, cada segundo que transcurre es crucial, ya que el tejido cerebral comienza a deteriorarse y por ende a morir. Con lo que detectar a tiempo sus síntomas y atajar cuanto antes esta enfermedad vascular permitirá que el pronóstico del paciente sea mucho más esperanzador.

Y que la modificación de los estilos de vida es fundamental para reducir el riesgo de sufrir un ictus. Es importante llevar a cabo un seguimiento y adoptar un estilo de vida saludable.

6 Bibliografía

1. Ustrell X, Serena J. Ictus. Diagnóstico y tratamiento de las enfermedades cardiovasculares. Revista española de cardiología 2007.
2. Sociedad Española de Neurología. Grupo de estudio de Enfermedades Cerebrovasculares.1997
3. www.clinicbarcelona.org.
4. www.scielo.org/es/

Capítulo 221

ACTUACIONES DEL PERSONAL DE ENFERMERIA ANTE PACIENTES CON PSORIASIS

JEZABEL MENDEZ SOTORRIO

1 Introducción

La psoriasis se trata de una enfermedad inflamatoria crónica de la piel de origen autoinmune, para que la actualmente no existe cura. Según las estadísticas, afecta a aproximadamente al 2 % de la población mundial.

Es debida a que el ciclo de vida de las células cutáneas (los queratinocitos) se acelera (su crecimiento se produce cada 3 o 4 días en lugar de 28) acumulándose en la superficie de la piel y produciendo lesiones inflamadas y escamosas que causan picor. Aparecen sobre todo en rodillas, los codos, el tronco y el cuero cabelludo. No es contagiosa, pero cuenta con un gran factor hereditario.

La psoriasis suele cursar con brotes que suelen durar semanas o meses, que terminan en una fase de remisión. A pesar de no existir una cura, hay tratamientos para ayudar a controlar los síntomas, lo que ayuda a mejorar la calidad de vida del paciente.

Los síntomas de la psoriasis cambian de un individuo a otro, sin embargo, existen unos síntomas que podemos considerar generales:

- Zonas de la piel enrojecidas con escamas
- Puntos pequeños escamados
- Piel seca que se puede agrietar y causar sangrado o picor.
- Ardor, irritación o picazón

- Uñas erosionadas o estriadas.
- Inflamación de las articulaciones.

2 Objetivos

Conocer los aspectos más importantes, relativos a los distintos tipos, sintomatología y tratamiento, así como el papel del personal de enfermería ante casos de pacientes con psoriasis.

3 Metodología

Se obtendrá la información necesaria realizando una búsqueda sistemática en diferentes páginas web relacionadas con el tema a tratar, introduciendo palabras clave como “psoriasis”, “causas psoriasis”, “tipos psoriasis”. También se hará revisión de noticias publicadas en periódicos online sobre el tema.

4 Resultados

La psoriasis puede tener un inicio repentino o progresivo, y a pesar de existir unos síntomas generales, podemos distinguir varios tipos de psoriasis, en función de los síntomas y zonas afectadas.

Las diferentes clasificaciones que podemos hacer de esta enfermedad son las siguientes:

- Psoriasis en placas: Es la más frecuente y se caracteriza por lesiones en la piel cubiertas de escamas plateadas. Estas pueden causar picor y varían en número. Las zonas más comunes donde aparecen son las rodillas, codos, zona lumbar de la espalda y cuero cabelludo.
- Psoriasis en las uñas: Tanto de las manos como de los pies, causando un crecimiento anormal y cambios de color y en ocasiones, astillamiento. También puede producirse onicólisis (la uña psoriásica se separa del lecho ungueal).
- Psoriasis en gotas: Generalmente, afecta a niños y jóvenes. Suele ser provocada con una infección bacteriana y en ella aparecen lesiones escamosas en forma de gota en extremidades y tronco.
- Psoriasis inversa. Las zonas afectadas son los pliegues de la piel de la ingle, los glúteos y los senos. Las lesiones empeoran con el sudor y la fricción.

- Psoriasis pustular. Las lesiones que causan tienen pus en zonas extensas o áreas más pequeñas de las palmas de las manos o las plantas de los pies.
- Psoriasis eritrodérmica: Es el tipo de psoriasis menos común. Puede abarcar cualquier parte del cuerpo con erupciones rojas y descamación, que pueden causar picazón o ardor.
- Artritis psoriásica. Este tipo de psoriasis provoca dolor e inflamación en cualquier articulación. En casos graves pueden causar daños permanentes en ellas.

La psoriasis no tiene una causa específica, sin embargo existen diversos factores de riesgo que favorecen su aparición como antecedentes familiares, algunas infecciones, el clima, el estrés, el tabaco, el alcohol, algunos tipos de medicamentos, etc

El personal de enfermería debe realizar un examen exhaustivo de las lesiones del paciente para poder llegar a un diagnóstico certero de la enfermedad. Además, deberá conocer aspectos sobre el curso de los síntomas relativos a su gravedad y momento de aparición. Será relevante también saber si existe una predisposición genética para el padecimiento de la psoriasis. Una vez obtenida la información y realizada la valoración, será posible emitir un diagnóstico y se deberá decidir cuál es el tratamiento más adecuado para el paciente. Este irá enfocando a minimizar los síntomas de la enfermedad y prevenir una infección. Dentro de este, se incluyen:

- Tratamiento farmacológico pautado por el dermatólogo, que irá en función del tipo de psoriasis, y que actúan sobre el sistema inmunitario. Los llamados fármacos biosimilares, que actualmente suponen una alternativa muy eficaz y se prescriben cuando los tratamientos convencionales no han obtenido los resultados esperados.
- Tratamientos tópicos: Incluyen cremas, lociones que alivian la irritación y el picor. Se usan cuando las lesiones son menos extensas y graves.
- Remedios naturales destinados a reducir el escozor y el ardor de las lesiones.
- Fototerapia: La piel se expone a luz ultravioleta. Se usa cuando la psoriasis es más grave y resistente a otros tratamientos.
- Cambios en el estilo de vida del paciente: Mantener la piel húmeda, evitar el frío, ropa ajustada, etc.

El objetivo último de estas medidas es que el paciente mejore su calidad de vida y minimice lo máximo posible los efectos de esta enfermedad.

5 Discusión-Conclusión

La psoriasis es una enfermedad que afecta a la calidad de vida de los pacientes que la sufren por la incomodidad de sus síntomas y porque estos tienen impacto en su vida personal y social.

Debido a la visibilidad de sus lesiones y al desconocimiento por parte de los demás de esta patología, su autoestima en muchas ocasiones se ve afectada. En este sentido, es importante que el personal de enfermería informe al paciente de todos aquellos aspectos importantes relativos a la enfermedad, ya que tener conocimientos sobre ella hará que el paciente se sienta con más seguridad, confianza y control sobre esta. Así mismo, deberán darle indicaciones para minimizar los síntomas que le serán útiles para lograr una mejor calidad de vida.

En definitiva, el personal de enfermería es un elemento clave para normalizar una enfermedad que a aun hoy en día, en ocasiones, resulta desconocida para muchos y para intentar mejorar el día a día de las personas que la sufren a través de sus pautas y tratamientos y de su apoyo psicológico.

6 Bibliografía

- 1-www.detusaludtotal.com
- 2- www.mejorconsalud.com
- 3- www.medlineplu.gov
- 4- www.elcofidencial.com
- 5-www.sabervivir.com

Capítulo 222

EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) Y LOS BENEFICIOS DE LA HIGIENE PARA EL PACIENTE

LAURA MARIA ARIAS SUAREZ

1 Introducción

La higiene mantiene la piel en buen estado, evitando al paciente complicaciones que, esta tarea es realizada por el personal de enfermería (el DUE y el técnico en cuidados auxiliares de enfermería o TCAE).

La piel es el mayor órgano del cuerpo, tiene la acción de barrera protectora que aísla al organismo del medio que lo rodea, protegiéndolo y contribuyendo a mantener íntegras sus estructuras, al tiempo que actúa como sistema de comunicación con el entorno.

En los orificios corporales (boca, nariz, órganos genitales...), se transforma en otra membrana más fina y rosada, llamada mucosa.

La higiene es el conjunto de conocimientos y técnicas que aplican los individuos para el control de los factores que pueden ejercer efectos nocivos sobre su salud.

La higiene del paciente es una necesidad básica de la persona. Mantener la piel en buen estado garantiza su función como barrera y facilita la termorregulación y la eliminación de ciertas sustancias.

El equipo de enfermería debe incluir la higiene en el plan de cuidados del paciente cuando este tiene disminuidas o anuladas las facultades para hacerlo por sí mismo. Así también debe de vigilar la integridad de las estructuras, sobre todo en pacientes que están largos períodos encamados o que son vulnerables.

2 Objetivos

Conocer como TCAE algunas cuestiones básicas relacionadas con la higiene del paciente y su importancia, una de nuestras principales funciones dentro del área de hospitalización de un centro sanitario.

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

Se distinguen diversos tipos de higiene, entre los que encontramos:

- Higiene personal: es el concepto básico del aseo, la limpieza y el cuidado del cuerpo humano para mantener la salud y evitar la enfermedad.
- Higiene postural: adopción de posturas adecuadas para evitar lesiones al realizar cualquier actividad de la vida diaria.
- Higiene laboral: medidas destinadas a la conservación de la salud en el entorno de trabajo.
- Higiene alimentaria: integra todas las prácticas que deben utilizarse al entrar en contacto con los alimentos, para evitar intoxicaciones y otras enfermedades.

La higiene presenta una serie de beneficios para el paciente:

● BENEFICIOS FÍSICOS:

- Barrera protectora: la higiene mantiene la piel en buen estado para que cumpla esta función. Como tcaes debemos perseguir los siguientes objetivos:

- Conservar su integridad, para evitar heridas y lesiones.
- Mantener el manto ácido para evitar la contaminación por cualquier microorganismo patógeno.
- Evitar el aumento excesivo de microorganismos en general.
- Facilitar la descamación de células muertas.
- Facilitar la eliminación de sustancias de desecho.
 - Detección y cuidado de las lesiones: durante la realización de la higiene diaria del individuo aprovechamos para analizar el estado de la piel, esto nos ayudará a:
 - Poder realizar una valoración física de la piel: coloración, turgencia, elasticidad...
 - Descubrir precozmente lesiones cutáneas.
 - Vigilar la aparición de indicios de úlceras por presión.
 - Evaluar la evolución de úlceras y heridas presentes.
 - Mejora del estado de salud general.
 - Utilizar la temperatura del agua para ayudar a subir o bajar la temperatura del paciente, según se necesite.
 - Realizar técnicas básicas de masaje durante la higiene para mejorar la circulación y ayudar a drenar la acumulación de líquidos en la piel.
 - Movilizar las diversas articulaciones para prevenir rigideces.
 - Favorecer el descanso, manteniendo la cama y al propio paciente en perfecto estado.
- **BENEFICIOS PSICOLÓGICOS:**
 - Mejora de la autoestima al evitar el mal olor.
 - Aumento de la sensación de bienestar.
 - Mejora de la relación paciente-equipo de enfermería, favoreciendo la comunicación personal.
 - Transmisión de técnicas de autocuidado.

5 Discusión-Conclusión

Como hemos podido comprobar la higiene del paciente es una actividad realizada por el técnico en cuidados auxiliares de enfermería que en conjunto con las tareas realizadas por el personal de enfermería (curas, administración de sueros y farmacología etc) ayuda a mantener y vigilar la integridad de la piel. Esto no solo repercute en el estado físico del paciente si no que también es esencial para su bienestar psicológico, ya que ayuda a mejorar su autoestima y le ofrece un estado de bienestar y calma.

Es muy importante no olvidar esto último, ya que es un momento muy íntimo del paciente y debemos de guardar su privacidad y ser empáticos.

6 Bibliografía

1- <https://concepto.de>

› higiene

Higiene - Concepto, información, beneficios y características

2- <https://www.dibosch.com>

› blog › la...

La importancia de la higiene para la salud de todos - Dibosch

3- <http://scielo.isciii.es>

› scielo

Higiene: cuidado básico que promueve la comodidad en pacientes críticos

4- <https://um.com.co>

› blog › la-impor...

La importancia de la higiene del paciente - Union Medical

5- <https://uvadoc.uva.es>

› handlePDF

Importancia de la higiene en el paciente encamado - UVaDOC Principal

Capítulo 223

EL PAPEL DEL TÉCNICO DE CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN EL SERVICIO DE AYUDA A DOMICILIO

M^a DEL CARMEN BARRERA REGO

1 Introducción

Entre los diversos lugares donde el técnico en cuidados auxiliares de enfermería puede desempeñar su labor, se encuentra el servicio de ayuda a domicilio, un servicio destinado a personas o familias que muestran problemas para realizar tareas y actividades de la vida diaria por sí solos, ya sea por una dependencia temporal o permanente.

El servicio de ayuda a domicilio (SAD) sirve para el incremento de mejoría en la calidad de vida del usuario, secundando su permanencia en su hogar y promoviendo su autonomía personal para la realización de actividades cotidianas de carácter básico, por lo cual las personas acogidas a este servicio suelen ser: personas mayores con dependencia que viven solas y necesitan apoyo, personas con discapacidad de cualquier edad, personas con problemas de salud mental, enfermedades crónicas, enfermos que reciben cuidados paliativos, menores que necesitan cuidados por circunstancias provisionales de enfermedad o motivos suficientemente justificados los cuales supongan una situación de desamparo y exista una situación de desatención social evaluada por la autoridad competente que justifique la intervención del servicio. .

El servicio de ayuda a domicilio se realiza en el domicilio del usuario, es una prestación contemplada dentro de la Ley de Dependencia, y engloba tareas

muy diversas, desde acompañamiento en sus actividades diarias, higiene, alimentación, movilidad, todo ello destinado a que puedan conseguir determinadas habilidades físicas y cognitivas que les ayuden a llevar a cabo las tareas diarias de manera más autónoma.

2 Objetivos

- Explicar los objetivos del sistema de ayuda a domicilio.
- Exponer la tarea del técnico en cuidados auxiliares de enfermería en el servicio de ayuda a domicilio.
- Dar a conocer el desempeño del cargo del técnico en cuidados auxiliares de enfermería con los usuarios del sistema de ayuda a domicilio.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo se han consultado varias bases de datos como PubMed, Medline, se han leído y examinado revistas científicas como SciELO, y se han visitado e indagado en distintas publicaciones científicas corroborando la información con medios diversos, enciclopedias, glosarios y trabajos.

4 Resultados

El servicio de ayuda a domicilio se presta mediante la iniciativa de pública como de empresas privadas. Los ayuntamientos y los organismos vinculados a las Administraciones locales junto con el departamento de servicios sociales son los responsables de la evaluación, asignación y prestación del sistema, pero también existe la oferta privada donde las empresas que la realizan deben estar autorizada e inscrita en el Registro correspondiente de la Consejería de los Servicios Sociales de la Comunidad Autónoma.

Los objetivos de este sistema son:

- Mejorar la calidad de vida de los usuarios
- Hacer posible la permanencia de los usuarios en su entorno de convivencia habitual, retardando su ingreso en instituciones o residencias.
- Favorecer y potenciar la autonomía personal del usuario.
- Prevenir situaciones de dependencia o exclusión social intentando recuperar las redes de relación familiar y social

- Mejorar el equilibrio personal del usuario, de su familia y entorno, paliando posibles problemas de aislamiento y soledad.
- Favorecer el desarrollo de las capacidades personales y fomentar unos hábitos de vida saludables para el usuario.

El técnico en cuidados auxiliares de enfermería se encargará de realizar su trabajo en el domicilio del usuario, realizando servicios de atención personal como la higiene y cuidado de la persona, ayuda físico-motriz, movilizaciones y traslados, preparación de comidas, administración de la medicación, acompañamiento y sostén. Servicios de atención al hogar como la limpieza, compras, cuidado de la ropa del usuario, y la detección de situaciones de riesgo en la vivienda que requerirían ciertas adaptaciones. Servicios de integración como la ayuda en los desplazamientos fuera del domicilio, actividades para el refuerzo de las facultades cognitivas, actividades de ocio y escucha activa.

El técnico en cuidados auxiliares de enfermería trabaja directamente con el usuario, ayudándole, apoyándole y realizando una labor que beneficie al usuario lo máximo posible mediante una atención y cuidados dentro de su entorno.

5 Discusión-Conclusión

La función principal del técnico en cuidados auxiliares de enfermería en el servicio de ayuda a domicilio es que la persona a la que atienden y asisten pueda vivir de una forma más segura, con una atención completa, convirtiéndose en su supervisor ayudándole en todas las tareas que el usuario no puede hacer por sí mismo.

El servicio de ayuda a domicilio no siempre es requerido por personas totalmente dependientes, enfermos o cuidados paliativos, a veces es simplemente soledad y exclusión social, por lo tanto, el técnico en cuidados auxiliares de enfermería debe tener mucha empatía, escucha activa, comprensión y sobre todo debe prestar sus servicios con la máxima atención posible. También debe saber que no puede ofrecer servicios médicos que requieran conocimientos y especialización, ni realizar ejercicios específicos de rehabilitación.

6 Bibliografía

1 <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles>

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

3 <https://msolucionamonicloa.com/cuales-son-las-funciones-de-un-auxiliar-de-ayuda-a-domicilio/>

4 <https://medlineplus.gov/spanish/homecareservices.html>

Capítulo 224

FISIOTERAPIA EN LA ENFERMEDAD DE DUPUYTREN

ANGEL FUEYO PRIETO

1 Introducción

La contractura o enfermedad de Dupuytren consiste en un aumento de espesor o hipertrofia de la aponeurosis palmar produciendo como consecuencia en el tiempo proliferaciones fibrosas en forma de nódulos y cordones que producen la retracción de la aponeurosis palmar y deformidad y contractura de los dedos hacia flexión palmar siendo sobre todo afectados el cuarto y quinto dedo de la mano.

Esta enfermedad lleva ese nombre en honor a Guillaume Dupuytren quien descubrió este síndrome en 1831.

El primer signo clínico de la enfermedad es la aparición de un nódulo duro en la palma de la mano indoloro. Progresivamente ese nódulo se transforma en una cuerda rígida que se va extendiendo hacia los dedos y va cerrando la mano produciendo poco a poco incapacidad para extender los dedos, dolor y deformidad hacia flexión de los dedos.

No se conocen la causa que la producen aunque en numerosas ocasiones se da en pacientes con hábitos como el tabaquismo, alcoholismo y que tengan trabajos o actividades que conlleven microtraumas repetitivos, también los antecedentes familiares y enfermedades como la diabetes están relacionadas con padecer la enfermedad.

Los hombres son más propensos a desarrollar esta patología con una proporción de diez a uno respecto a las mujeres y el pico de edad es partir de los cuarenta años.

El tratamiento depende del grado de retracción e incapacidad optando en cada caso por tratamiento quirúrgico o conservador donde en cualquiera de los dos juega un papel fundamental el trabajo de fisioterapia.

Los principales objetivos del fisioterapeuta en el tratamiento de la enfermedad de Dupuytren son:

- Aliviar y controlar el dolor.
- Liberar la fascia palmar.
- Recuperar la movilidad normal de la mano y dedos.
- Trabajar el tono muscular de los tendones flexores y extensores de los dedos.
- Adaptar e instruir al paciente en sus hábitos de la vida diaria.

2 Objetivos

Describir a partir de un caso clínico el tratamiento de fisioterapia en la contractura o enfermedad de Dupuytren.

3 Caso clínico

Varón de cincuenta y dos años que acude a la consulta, derivado por el médico rehabilitador, para realizar tratamiento conservador de la enfermedad de Dupuytren con el fin de evitar o posponer el tratamiento quirúrgico en la mano izquierda, en la que presenta retracción dígito-palmar leve, con un “bulto” en la cara palmar del 4º dedo, sin dolor, pero si incapacidad funcional.

De la historia clínica y la anamnesis cabe destacar que el paciente trabaja en la construcción y utiliza instrumentos vibratorios como martillo eléctrico desde hace veinte años, actualmente está de baja a consecuencia de esta patología. No tiene antecedentes familiares de haber sufrido la enfermedad, si presenta diabetes mellitus y hábitos tóxicos diarios (tabaquismo e ingesta de bebidas alcohólicas). En la exploración clínica observamos ligera retracción y leve engrosamiento de la aponeurosis palmar media coincidente con el 4º metacarpiano. A la palpación no hay dolor pero si existe un nódulo de tejido blando a nivel del pliegue palmar distal y refiere ligera molestia al extender pasivamente el 4º dedo e incapacidad para su extensión completa. Prueba de Hueston (table top test) positiva.

Se pautan tratamiento con sesiones de fisioterapia a días alternos donde se le realiza:

- Baños de parafina.
- Ultrasonido continuo (dosis de 1.1 W/cm², a una Frecuencia de 3 MHz).
- Masoterapia y técnicas miofasciales de la aponeurosis palmar.

- Estiramientos pasivos de los tejidos retraídos.
- Fortalecimiento isométrico de los músculos extensores de la muñeca y dedos y equilibrio del tono de los flexores.
- Ejercicios de reeducación funcional.
- Tabla de ejercicios diarios para realizar en domicilio, donde se describen ejercicios de movilidad y estiramientos y se prescribe una órtesis de posición neutra de la mano y dedos para ponerla mientras duerme.
- Se le instruye en actividades diarias y en la consecuencia de sus hábitos para la enfermedad.

4 Discusión-Conclusión

Tras dos meses y medio de tratamiento de fisioterapia el paciente refiere mejoría en la movilidad y elasticidad de la palma de la mano y del dedo retraído. En la exploración física la retracción dígito-palmar ha desaparecido prácticamente, el nódulo se sigue notando pero mucho más débil. Se da de alta con la prescripción de que siga realizando la tabla de ejercicios diaria y la importancia del cambio de hábitos. Se cita en ocho meses para ver la evolución y el paciente presenta conservada la mejoría con lo que se le dio de alta con lo que se decide la no intervención quirúrgica, en ese periodo el paciente nos comunica que ha realizado los ejercicios diariamente, ya no bebe de forma diaria, ha dejado de fumar y en el trabajo de obra lo han cambiado a realizar labores de acabados y remates donde ya no usa martillo eléctrico ni cargas extremas.

Como vemos en este caso el trabajo de fisioterapia y el cambio de hábitos en las actividades de la vida diaria por parte del paciente son fundamentales para el alivio de la enfermedad de Dupuytren.

5 Bibliografía

1. Hindocha S, Laser B. Risk Factors , Disease Associations, and Dupuytren Diathesis. Hand Clin [Internet]. 2018;34:307–14. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.hcl.2018.03.002>.
2. Asensi R. Contractura de Dupuytren; EEUU: XIAPEX; 2010.
3. Calderón A. Actualización de la enfermedad de Dupuytren Rehabilitación; 2016.volumen 37, Nro. 5, Pagina 264-271.
4. Wagnera P, Román J. Enfermedad de Dupuytren: revisión; Rev Med Chile 2012; 140: 1185-1190.

5. Lubahn JD. Open-palm technique and soft-tissue coverage in Dupuytren's disease. *Hand Clin* 1999;15:127-36.
6. Elliot D. The early history of Dupuytren's disease. *Hand Clin* 1999;15:1-19.

Capítulo 225

FISIOTERAPIA EN PACIENTES CON SÍNDROME CORONARIO AGUDO

ANGEL FUEYO PRIETO

1 Introducción

El síndrome coronario agudo engloba una serie de afecciones que repentinamente detienen o reducen de manera importante el flujo de sangre al músculo cardíaco pudiendo llegar a dañarlo. La principal afección es debida a un trombo intracoronario que según la duración y el colapso que provoca puede producir una angina de pecho inestable, un infarto agudo de miocardio o pueden producir incluso la muerte súbita.

Los síntomas principales del síndrome coronario agudo son:

- Dolor en el pecho con sensación de opresión o ardor con irradiación a la mandíbula, al cuello y principalmente hacia alguno de los brazos generalmente el izquierdo.
- Palpitaciones.
- Náuseas y sudores.
- Sensación de ahogo, disnea.
- Mareos e incluso desvanecimiento.

Es fundamental detectar estos síntomas ya que si se sufren requieren una actuación inmediata ya que el pronóstico mejora con un tratamiento rápido y se pueden evitar numerosas secuelas de carácter vital e incluso la muerte.

Las pruebas médicas principales que se realizan para diagnosticar un síndrome coronario a parte de la sintomatología son la electromiografía y el estudio de los biomarcadores de la troponina cardíaca.

Cuando la obstrucción coronaria es de gravedad y existe riesgo de que se vuelva a colapsar se realiza una intervención quirúrgica donde se coloca una endoprótesis vascular (Stent), que es un pequeño tubo que se expande dentro de la arteria coronaria afectada.

Existen unos factores de riesgo que pueden dar lugar a desarrollar el síndrome entre los que destacan:

- Colesterol.
- Hipertensión.
- Diabetes.
- La edad.
- Sobrepeso.
- Antecedentes familiares.
- Malos hábitos como tabaquismo o drogas.

Nuestro objetivo como fisioterapeutas es:

- Control de la sintomatología con el fin de reducir o eliminar los episodios de angina.
- Mejorar el pronóstico de la enfermedad reduciendo el riesgo de presentar nuevos episodios cardiovasculares.
- Modificar el estilo de vida.
- Control de los factores de riesgo.

2 Objetivos

Exponer a partir de un caso clínico el tratamiento de fisioterapia en pacientes con síndrome coronario agudo.

3 Caso clínico

Paciente de 67 con sobrepeso que sufre un desvanecimiento en el trabajo tras fuerte dolor en el pecho y ambos brazos. Es trasladado al servicio de urgencias del hospital donde le detectan una obstrucción coronaria grave y es tratado quirúrgicamente donde se le implanta un stents.

Tras dos semanas en el hospital es dado de alta y derivado a la unidad de rehabilitación para realizar un programa de rehabilitación cardiaca con el diagnóstico de síndrome coronario agudo.

Es citado en el servicio al mes de la intervención y nos comunica que desde que salió del hospital no ha presentado ningún síntoma de gravedad.

Lo primero que aplicamos en el programa de fisioterapia cardiaca con la ayuda del servicio de cardiología, es una prueba de esfuerzo (ergometría) donde obtenemos como resultado clínica y eléctricamente negativa, presenta FC max:150 lpm, TA max:130/80mmHG. Tiempo de ejercicio: 7.20 min, con una capacidad funcional de 7 METS y la fracción de eyección de ventrículo izquierdo es de 50 %, aparece una elevación leve de la tensión arterial con el esfuerzo y unas arritmias de bajo grado.

Con esto resultados citamos al paciente a días alternos y realizamos:

- Calentamiento.
- Tabla de fisioterapia formada por ejercicios respiratorios insistiendo en la respiración diafragmática, movimientos activos de las distintas articulaciones y estiramiento con una duración de 20 a 30 m.
- Entrenamiento aeróbico, alternado bicicleta ergométrica y tapiz rodante, con intensidad creciente de manera progresiva. La duración irá aumentando entre 20 a 45 m no más.
- El paciente no debe pasar nunca la frecuencia cardiaca máxima y trabajamos con la frecuencia submáxima que es un 80 % de la máxima que en este caso sería de 120 pulsaciones por minuto.
- Ejercicios de fuerza y resistencia con bandas elásticas, mancuernas y máquinas de musculación. Duración unos 20 m.
- Estiramientos 10 m y relajación en camilla.

Durante dos meses el paciente realiza correctamente las sesiones sin presentar ningún síntoma, instruimos tabla de ejercicios de mantenimiento diaria para realizar en su domicilio y procedemos a darle el alta del servicio se le da cita para dentro de seis meses y se le insiste en que mejore sus hábitos alimentarios acudiendo a un profesional para realizar una dieta que junto con los ejercicios mejore su sobrepeso.

4 Discusión-Conclusión

A los seis meses el paciente acude a revisión y nos comunica que no ha tenido ningún síntoma de la patología coronaria, ha realizado la tabla de ejercicios diariamente y ha adelgazado 17 kilos. Se le realiza prueba de esfuerzo donde mejora todos los resultados, aumentando su capacidad cardiaca al esfuerzo y sin tensión arterial al esfuerzo. Adaptamos nueva tabla de ejercicios diaria hasta nueva revisión, generalmente una anual.

Como se observa en este caso con la rehabilitación cardíaca, se ha conseguido mejorar la calidad de vida del paciente tras sufrir un síndrome coronario. Los

ejercicios supervisados han reducido los factores de riesgo cardiovascular, evitando así la posible aparición de un nuevo episodio cardíaco.

5 Bibliografía

1. Pope JH, Aufderheide TP, Ruthazer R, et al. Missed diagnoses of acute cardiac ischemia in the emergency department. *N Engl J Med*. 2000; 342: 1163-70.
2. Guías de práctica clínica de la Sociedad Española de Cardiología en la angina inestable/infarto sin elevación ST. *Rev Esp Cardiol* 2000; 53: 838-85.
3. World Health Organization. Regional Office For Europe. The rehabilitation of patients with cardiovascular disease. Report of a seminar. Copenhagen, EURO.
4. Maroto J, Pablo C de. Fisiología del ejercicio. Efectos del entrenamiento en sujetos sanos y con cardiopatía isquémica. En: Velasco JA, Maureira JJ. *Rehabilitación del paciente cardíaco*. Barcelona:Doyma.
5. Wenger NK. Rehabilitation of the coronary patient in the 21st Century: challenges and opportunities. En: Wenger NK, Hellerstein HK, eds. *Rehabilitation of the coronary patient*. 3 ed. New York: Churchill Livingstone.

Capítulo 226

LA FISIOTERAPIA EN EL CÓLICO DEL LACTANTE

MARIA MADRIGAL CANO

MÓNICA LIZCANO JIMÉNEZ

MARIA RUIZ ALBACETE

MARTA MIJANCOS VILLANUEVA

SARA GARCIA MARTINEZ

1 Introducción

El cólico del lactante es un cuadro que se caracteriza por llanto prolongado, a veces inconsolable, que se manifiesta alrededor de la segunda o tercera semana de vida del recién nacido y que puede prolongarse hasta el tercer o cuarto mes. Normalmente, se hace más notable en la tarde-noche y puede durar incluso varias horas.

Se trata de una afección que no suele ser grave y tiende a desaparecer por sí misma. Los expertos dicen que suelen sufrirlo tres de cada diez bebés.

Para que se considere cólico del lactante tiene que haber presentes al menos 3 signos principales y 1 secundario de los siguientes (criterios de Wessel):

Principales:

- Llanto con inicio y final claro, sin consuelo durante 3 o más horas al día, más de 3 días a la semana.
- Piernas dobladas sobre el abdomen y puños apretados.

- El bebé se muestra agitado e irritado.

- Llanto vespertino.

Secundarios:

- Lactante sano.

- Ausencia de respuesta a actos tranquilizantes.

- Su cara expresa dolor.

- Síntomas digestivos: muchos gases, aumento del estreñimiento, regurgitaciones constantes.

- Otros: existencia de estrés paterno/materno, alteración del ritmo de sueño y ritmo de comidas alterado.

La etiología de los cólicos del lactante es desconocida. Hay expertos que apuntan a la alimentación, aunque no hay evidencias científicas que lo afirmen. Existen especialistas que decía que el origen de los cólicos se debe a una intolerancia a la leche de vaca, pero también se han cólicos en niños con lactancia materna.

Hay teorías apoyan que los cólicos aparecen como consecuencia de la presencia de los gases, pero no se sabe si son la causa o desenlace de que los bebés traguen aire al llorar. Algunos profesionales comentan que, si el alimento se mueve muy rápido por el aparato digestivo del niño no está bien digerido, podría provocar su aparición.

Los niños de madres con hábitos de tabaquismo tienen más posibilidades de tener cólicos.

Los beneficios del tratamiento fisioterapéutico en el cólico del lactante son:

- Devolver una buena movilidad y mejorar el tránsito intestinal.

- Disminuir la tensión de los músculos del abdomen.

- Reducir el reflujo estomacal.

- Fomentar la expulsión de heces y gases.

- Tratar de anular la excitación nerviosa del bebé a consecuencia de los dolores.

2 Objetivos

- Exponer el tratamiento de fisioterapia en el cólico del lactante.

- Dar a conocer las técnicas y actuaciones más adecuadas.

3 Metodología

Para realizar el presente trabajo se han llevado a cabo una revisión bibliográfica sobre la artículos científicos ya existentes.

Se ha consultado en múltiples libros, congresos, realizando una minuciosa sinopsis para la elaboración de este capítulo de libro, cuya metodología vamos a exponer a continuación.

4 Resultados

Con la fisioterapia-osteopatía establecemos un nuevo enfoque al cólico del lactante. A menudo el bebé tiene tensiones acumuladas en la línea nuchal y alrededores y la zona pélvica debido a partos dificultosos, o posiciones intrauterinas determinadas. Se trata de dos zonas de gran importancia por ser el origen de las terminaciones nerviosas que van a dar el funcionamiento del aparato digestivo. En la zona de la nuca se encuentra el nervio Vago, que se ocupará de regular el buen funcionamiento de parte superior del tubo digestivo de garganta a estómago, y en la zona lumbosacra tenemos los nervios que controlan el funcionamiento del intestino delgado y grueso.

Es fundamental descartar problemas como el reflujo gastroesofágico, la estenosis pilórica, las alergias alimentarias y la obstrucción intestinal.

La anamnesis nos dará la información para empezar nuestra exploración. En ella no debe faltar la inspección de la charnela atlantooccipital, las tensiones pélvicas y la charnela lumbosacra y toracolumbar. Realizaremos los test de movilidad y de palpación buscando restricciones de movimiento o cambios en la calidad de los tejidos: temperatura, sudoración, tensión, emplastamiento, etc.

Observaremos la forma del abdomen y su aspecto para catalogarlo como timpánico, espástico o mixto. Esta clasificación nos permitirá elegir que maniobras manuales sobre el abdomen están indicadas y cuáles no, así como la intensidad de las mismas.

Para las técnicas, dado que son bebés muy pequeños, se recomienda utilizar técnicas para corregir el balance de la tensión ligamentosa y balance de la tensión membranosa. Estas técnicas de corrección son directas. Se realizan maniobras para relajar las tensiones existentes en nuca y pelvis para mejorar el control nervioso del sistema digestivo, relajando al bebé y ayudándole a descansar.

También realizamos un suave masaje en el contorno y alrededor de la lengua, paladar y mandíbula, para asegurarnos que la succión se realiza de la manera más eficaz y en la parte anterior del cuello para que la deglución sea más fácil.

Por último relajaremos toda la zona del diafragma para mejorar la respiración, a menudo muy tenso debido al llanto prologado y flexibilizaremos todo el tubo digestivo del abdomen para mejorar su movilidad y con ello la evacuación de gases y materia fecal.

Los llantos de los cólicos son muchas veces inconsolables y provocan la frustración de los padres. Es fundamental que los padres asuman la situación y sigan estos pasos para intentar mejorar la situación:

- Coger al recién nacido en brazos y balancearlo suavemente.
- Pasearlo en el carricoche también favorece que los síntomas se alivien.
- Darle el chupete.
- Acariciar con suavidad el abdomen del niño. Enseñar a los padres a realizar masajes abdominales.

A tenor de los resultados obtenidos en numerosos grupos de bebés a estudio no queda una evidencia científica clara de sí el tratamiento fisioterápico modifica la fisiología del bebé pero lo que si es evidenciable es:

Los resultados primarios considerados fueron:

- El cambio en el tiempo de horas de llanto al día.
- La presencia/ausencia de cólico postratamiento.
- Los resultados adversos asociados a la intervención.

Como objetivos secundarios, la valoración del cambio en el tiempo de sueño. Conseguimos resultados en la mayoría de los casos desde la primera sesión. A través del trabajo de todas las partes del cuerpo, el bebé recibe un tratamiento completo que ayuda a mejorar todas las funciones corporales y tiene un efecto positivo en la digestión y el sueño. Habitualmente con 2 o 3 sesiones con el fisio, el bebe suele estar recuperado.

Es muy importante que después del tratamiento de fisioterapia para el cólico del lactante, los padres sigan las recomendaciones y ejercicios que le pauté el fisioterapeuta. Cuatro meses de edad. Tienen un crecimiento y desarrollo normal y no hay secuelas a largo plazo. El ayudar al niño con cólico es una cuestión de experiencia, tranquilizar a los padres, reforzar su paciencia, instaurar o no algún tipo de tratamiento y sobre todo darle. Tiempo al tiempo, ya que esta situación también pasará. Sería recomendable realizar nuevos estudios controlados para solventar estas deficiencias.

Tratamientos con modificación de la dieta:

- Hidrolizados proteicos.
- Fórmulas de soja.
- Enriquecimiento de fibra en la dieta.
- Dieta hipoalergénica a las madres lactantes.
- Otros tratamientos:

Técnica de alimentación.

Modificación de la estimulación del lactante.

Extractos de hierbas.

Homeopatía.
Probióticos.
Fármacos.

5 Discusión-Conclusión

Las conclusiones que podemos sacar son:

El cólico del lactante es uno de los principales problemas que dan lugar a enfrentamientos entre los padres y los bebés sanos menores de seis meses, lo que es fuente principal de consulta.

No hay una base científica que asegure que el masaje abdominal produzca cambios en el aspecto orgánico, el tracto digestivo, pero sí existe evidencia de cambios en la forma de comportarse de los lactantes, disminución de las horas de llanto y aumento de las horas de sueño, además mejora la entrega de los padres ante las molestias que los lactantes pueden experimentar durante los periodos de cólicos.

6 Bibliografía

1. Ortega E, Barroso D. Cólico del lactante. Revista Pediátrica Atención Primaria [Internet]. 2013 [Acceso 31 de marzo del 2016].
2. Monteros-Rodríguez S, Rivera-Becerril RA, López-Ortiz R, Padilla-Jasso P, Rivera-Rueda MA. Cólico Infantil: detección de necesidades de educación para el cuidado del recién nacido, a través de una encuesta dirigida a mujeres embarazadas. Perinatol Reprod Hum. [Internet].2013 [Acceso 31 de marzo del 2016].
3. Savino F, Ceratto S, De Marco A, Cordero L. Looking for new treatments of Infantile Colic. Italian Journal of Pediatric. 2016.
4. Dobson D, Lucassen P, Miller J, Vlieger A, Prescott P, Lewith G. Terapias de masajes para el cólico infantil. Cochrane Database of Systematic Reviews 2012.
5. Field T. Massage Therapy research review. Complement Ther Clin Pract. [Internet] 2014 Nov. [Acceso 26 de junio del 2016].

Capítulo 227

TRATAMIENTO DE FISIOTERAPIA EN EL DOLOR DORSO-LUMBAR POR ENFERMEDAD DE FORESTIER

MARIA MADRIGAL CANO

MÓNICA LIZCANO JIMÉNEZ

MARIA RUIZ ALBACETE

MARTA MIJANCOS VILLANUEVA

SARA GARCIA MARTINEZ

1 Introducción

La enfermedad de Forestier o hiperostosis esquelética idiopática diseminada difusa, es un endurecimiento óseo de los ligamentos en la zona en la que estos se unen a la columna vertebral. Se ve una calcificación-osificación del ligamento longitudinal común anterior en al menos tres vértebras contiguas. No suele aplicarse cirugía en ella, a no ser que haya complicaciones como fracturas, disfagias importantes o mielopatías.

Fue descrita por Forestier y Rotes-Querol en 1950, hablando de la enfermedad hiperostosis del aparato locomotor, como una hiperostosis anquilosante senil de la columna al identificar un conjunto de trastornos clínicos y radiológicos en varones en la sexta y séptima década de la vida. También puede afectar a otras

zonas del cuerpo, y no solo a la columna. Su localización más habitual es la cervical y dorsal, aunque también en la zona lumbar.

Puede no provocar síntomas, ya que cursa de forma benigna y con pocas complicaciones. Si presenta, algunos de ellos son:

- Rigidez articular.
- Dolor.
- Disminución en la amplitud de movimientos.
- Otros (si la afectación es cervical y avanzada): disfagia o voz ronca.

Su etiología es aún desconocida, pero hay algunos factores de riesgo:

- Edad: siendo más común en adultos con más de 50 años.
- Sexo: afecta más a los hombres.
- Enfermedades como diabetes, obesidad, artritis reumatoide, gota.
- El consumo de ciertos medicamentos.

Cuando nos encontramos ante lesiones crónicas y progresivas, tenemos que tener paciencia y seguridad en que la patología puede mejorar y no incapacitar a la persona. Las afectaciones de la columna vertebral son muy comunes, y su incidencia aumenta cada año, sobre todo en personas jóvenes, por ello es tan importante la prevención y una forma de vida lo más saludable posible.

2 Objetivos

Objetivo principal:

- Disminuir o eliminar el dolor.

Objetivos secundarios:

- Recuperar la movilidad de la espalda.
- Conocer los estiramientos y relajación de músculos, tendones y ligamentos.
- Chequear articulaciones o estructuras asociadas.
- Incentivar al paciente en todo momento.

3 Caso clínico

Varón de 64 años, jubilado de la mina con antecedentes de tensión alta controlada, y sobrepeso. Acude a nuestra consulta por dolor en la zona dorso-lumbar, aunque más agravado en la zona lumbar. Ya ha presentado más cuadros de dolor en dicha zona, aunque en esta ocasión está siendo más molesto en el tiempo y le está limitando más su vida diaria. Comenta que a veces presenta dolores en otras articulaciones, como la rodilla o pies, pero de duración limitada.

Cuando le preguntamos por su dolor, nos cuenta que es casi constante, pero cuando más lo nota es en los cambios posturales, sobre todo de sedestación a bipedestación tras un rato en la misma postura y que en ciertos momentos le dan unos pinchazos bastante fuertes. Es un hombre activo, al que le gusta hacer muchas cosas en casa y fuera de ella, pero que ahora mismo se encuentra muy desanimado y sedentario, con poca motivación.

Cuando exploramos su espalda, observadas rigideces en todo el raquis al hacer empujes anteriores en todas las articulaciones, desde la lumbar a la cervical, pero sobre todo en la zona dorsal y lumbar. Curvaturas disminuidas. Lasègue negativo, pero pérdida de amplitud de movilidad en todas las direcciones. Espasmos musculares bilaterales en los paravertebrales, cuadrado lumbar, zona glútea y piramidal. No parestesias. Le pedimos cambios posturales, y observamos miedo a la hora de realizarlos, por ejemplo a la hora de sentarse y levantarse, lo hace de forma lenta y en bloque. Caminar o estar de pie le resulta molesto solo a veces, pero no presenta especial dificultad en la marcha.

Tenemos claro que hay que recuperar la movilidad de esa espalda y tratar la musculatura y el dolor, pero antes le pedimos una placa para ver que encontramos, ya que nuestros hallazgos nos hacen pensar en artrosis, y en dolor lumbar crónico (más grave en esta ocasión), pero puede que exista algo más. Comenzamos nuestro tratamiento con una sesión semanal y en nuestra segunda cita, con la placa en mano, aparte de signos de artrosis con osteofitos, se observa otra patología: enfermedad de Forestier leve en los segmentos D9-D11 y L1-L5. Las sacroilíacas conservan su espacio articular. La zona cervical también presenta signos artrósicos.

Nuestras sesiones irán enfocadas a:

- Movilidad todo el raquis, para disminuir la rigidez y recuperar lo que se pueda la flexibilidad de las zonas.
- Estiramientos musculares y de los ligamentos.
- Trabajar la musculatura con terapia manual para reducir los espasmos musculares.
- Reeducación postural y medidas de higiene postural.
- Chequear otras articulaciones, como las rodillas, hombros y talones que también podrían verse afectados.
- Pautamos ejercicios para casa y caminar. Ejercicios de movilidad, fuerza y estiramientos.
- Comentamos y guiamos en la importancia de la buena alimentación.
- Beber mucha agua y abandonar bebidas con gas. Reducir las bebidas estimulantes.

- Importancia del descanso nocturno.

Tras varias sesiones, el paciente nota alivio con todo lo realizado por parte del fisioterapeuta, pero sigue teniendo cuadros de fuertes pinchazos y dolor en la zona lumbar. Comentamos que qué tal lleva los ejercicios y pautas mandadas para casa y, vemos que aún sigue con desmotivación y pocas veces está haciendo lo acordado. Insistimos en la importancia del trabajo activo, de que sin su colaboración, nuestro trabajo en la camilla se queda cojo y poco a poco conseguimos que el paciente se tome en serio la rehabilitación activa. A medida que pasan las semanas, su colaboración, más nuestras técnicas, van dando sus frutos y el paciente cada vez se encuentra mejor, con menos dolor y sin episodios de “pinchazos fuertes”. Está motivado y recuperando sus actividades de siempre.

4 Discusión-Conclusión

La enfermedad de Forestier, es una patología poco común y es importante hacer un buen diagnóstico diferencial a fin de evitar tratamientos inadecuados. Estamos ante lesiones crónicas, pero que pueden ser tratadas con resultados satisfactorios y no impedir al paciente tener vida normal. Es tan importante el trabajo del fisioterapeuta en la consulta como el del paciente en su casa.

Tiene que haber un equilibrio entre trabajo pasivo, activo y de fuerza, alimentación, motivación y estilo de vida saludable. Aparte de reducir o eliminar los síntomas que el paciente tiene en ciertos momentos, tenemos que hacer prevención y evitar recidivas a largo plazo y eso solo se consigue reeducando al paciente y animándole en todo el proceso.

5 Bibliografía

1. Beyeler Ch, Schlapbach P, Gerber N, Sturzenegger J, Fahrner H, Linden V, et al: Diffuse idiopathic skeletal hyperostosis (DISH) of the shoulder: a cause of shoulder pain? Br J Rheumatol. 1990; 29: 349-353.
2. Kiss C, Szilagyi M, Paksy A, Poor G: Risk factors for diffuse idiopathic skeletal hyperostosis: a case-control study. Rheumatology. 2002; 41: 27-30.
3. Resnick D, Niwayama G: Radiographic and pathologic features of spinal involvement in diffuse idiopathic skeletal hyperostosis (DISH). Radiology. 1976; 119.

Capítulo 228

TRATAMIENTO DEL MAREO DE ORIGEN CERVICAL DESDE LA FISIOTERAPIA

MARIA MADRIGAL CANO

MÓNICA LIZCANO JIMÉNEZ

MARIA RUIZ ALBACETE

MARTA MIJANCOS VILLANUEVA

SARA GARCIA MARTINEZ

1 Introducción

En los tiempos que vivimos es muy común que nos encontremos con gran cantidad de pacientes que acuden a nuestra consulta particular, o a la de su médico de familia, por diversos problemas de salud. Uno de los más comunes, y que cada vez afecta a más personas, y en sectores más diversos, son los mareos inespecíficos que finalmente resultan tener un origen cervical. Las actividades laborales, las posturas que adoptamos durante las mismas, o en nuestro día a día, las nuevas tecnologías, unido al elevado nivel de estrés que cargamos en la mochila, son factores que pueden desencadenar, con el paso del tiempo, este tipo de patología altamente incapacitante en sus grados más graves.

Si además, unido a todo eso, añadimos las malas posiciones que tenemos mientras dormimos, los cortos periodos de descanso a los que nos vemos obligados

en ocasiones, y las irregulares o nulas prácticas de ejercicio o actividad física a las que sometemos nuestro cuerpo, de forma general, nos encontramos con un problema que cada vez es más frecuente, en todos los rangos de edad. Sobre todo, a partir de la etapa laboral. Aunque también comenzamos a ver casos en edades más tempranas, debido principalmente a los hábitos de estudio.

2 Objetivos

Objetivo principal:

- Identificar el origen del problema.

Objetivos secundarios:

- Realizar un diagnóstico diferencial de fisioterápico.
- Conservar los rangos de movilidad existentes.
- Recuperar rangos de movilidad perdidos, en caso de que los haya.
- Disminuir las posibles tensiones de partes blandas que haya establecidas.
- Identificar posibles patologías asociadas a la primaria, y aplicar tratamiento.

3 Caso clínico

Paciente varón de 33 años de edad que viene a nuestra consulta de fisioterapia aquejándose de un mareo recurrente, continuo, que no varía a lo largo del día y tampoco cede con ningún tipo de medicación. Presenta también cefalea asociada, pero de forma ocasional. Refiere que la sintomatología se agudiza al levantarse de la cama por las mañanas y tras la el final de su jornada laboral. Se le han realizado diversas pruebas médicas que descartan problemas al nivel de oído y cerebelo. Tampoco hay lesiones visibles al nivel de la columna vertebral, ni estructuras colindantes.

Durante la exploración física observamos, en primer lugar, que no hay una gran limitación de la movilidad cervical. Rangos normales, aunque sí presenta dolor moderado en la extensión cervical forzada. En el examen palpatorio corroboramos que hay una gran tensión muscular en la zona cervical alta, sobre todo entre el occipital y los segmentos cervicales superiores. Confirmamos, a su vez, que tampoco hay pérdida ni alteraciones en la movilidad del resto de estructuras relacionadas, ni tampoco encontramos alteraciones morfológicas ni de otro tipo. Revisamos los diagnósticos de imagen que aporta el paciente, y confirmamos que todo está bien a nivel estructural.

Pautamos un plan de tratamiento que, en un inicio, consiste en aplicar dos sesiones semanales, en lunes y jueves. En dichas sesiones aplicamos terapia manual en toda la zona cervical y dorsal, que consiste en técnica de puntos, gatillo, estiramientos, ejercicios activos de la zona, y pautas ergonómicas para que el paciente aplique en su casa y durante el trabajo. Enseñamos también una serie de estiramientos activos y tabla de ejercicios sencillos, que iremos revisando y modificando semana a semana, para que pueda llevar a cabo en su domicilio.

4 Discusión-Conclusión

Concluimos este capítulo con la importancia de los diagnósticos realizados por un equipo de fisioterapeutas expertos son fundamentales para comprender los mecanismos neurofisiológicos del mareo cervicogénico y el dolor de cuello persistente, el mareo y la inestabilidad asociados con el latigazo cervical.

El profesional fisioterapeuta podrá guiarte después de tu valoración y de tu respuesta al tratamiento inicial. Consulte a nuestro fisioterapeuta para obtener consejos específicos.

A medida que descubrimos más sobre la disfunción aferente cervical, la identificación de los déficits sensoriomotores es solo el comienzo de un nuevo enfoque para tratar el mareo cervical y cervicogénico, ya que es importante una revisión, pudiendo ser otro tipo de patologías independientes a la fisioterapia.

5 Bibliografía

1. Berliner JM. Cervicogenic Dizziness. American physical therapy association (section of neurology). 2013; 25.
2. Yacovino DA, Hain TC, Raúl C, MD. Clinical characteristics of cervicogenic-related dizziness and vertigo. *Semin Neurol.* 2013; 33 (3): 244-55.
3. Lystad RP, Bell G, Bonnevie-Svendsen M, Carter CV. Manual therapy with and without vestibular rehabilitation for cervicogenic dizziness: a systematic review. *Chiropractic & Manual Therapies.* 2011; 19 (21).
4. Minguez-Zuazo A, Grande-Alonso M, Saiz BM, La Touche R, Lara SL. Therapeutic patient education and exercise therapy in patients with cervicogenic dizziness: a prospective case series clinical study. *J Exerc Rehabil.* 2016; 12 (3): 216-25.
5. Chaibi A, Tuchin PJ. Chiropractic spinal manipulative treatment of cervicogenic dizziness using Gonstead method: a case study. *J Chiropr Med.* 2011; 10 (3): 194-8.

6. Yenigun A, Ustun M, Tugrul S, Dogan R, Ozturan O. Classification of vertebral artery loop formation and association with cervicogenic dizziness. *The Journal of Laryngology & Otolaryngology*. 2016; 130 (12): 1115-1119.
7. Hain TC. Cervicogenic causes of vertigo. *Curr Opin Neurol*. 2015; 28 (1): 69-73.
8. Reneker J, Moughiman MC, Cook C. The diagnostic utility of clinical tests for differentiating between cervicogenic and other causes of dizziness after a sports-related concussion: An international Delphi study. *Journal of Science and Medicine in Sport*. 2015; 18 (4): 366-372.
9. Reid SA, Rivett DA. Manual therapy treatment of cervicogenic dizziness: a systematic review. *Manual Therapy*. 2005; 10 (1): 4-13.

Capítulo 229

EVIDENCIA DE LOS BENEFICIOS DEL TRATAMIENTO DE FISIOTERAPIA Y EL EJERCICIO TERAPÉUTICO EN LA PARÁLISIS BRAQUIAL OBSTÉTRICA

MARÍA TRINIDAD SANTAMARINA FEITO

1 Introducción

La parálisis braquial obstétrica (PBO) se puede definir como una lesión traumática en el plexo braquial producida por una tracción durante el parto. Existen determinados factores que aumentan el riesgo de sufrir PBO, entre ellos están: peso al nacer superior a 4,5 kg del niño, presentación pelviana en el parto, diabetes mellitus en la madre, necesidad de parto instrumentado, alteraciones anatómicas de la pelvis de la madre, anomalías en el útero de la madre, así como haber tenido un hijo anterior con PBO.

Se puede clasificar las PBO en función de varios aspectos, lo más frecuente es clasificar la lesión según el nivel de la afectación:

- Superior o de Duchenne-Erb: la lesión se produce en C5-C6 y en algunos casos también en C7. Es la más frecuente y también la que presenta un mejor pronóstico.
- Inferior o de Dejerine-Klumpke: la lesión se da entre C8-D1. Es más rara y frecuentemente se da cuando el niño viene con presentación podálica durante el parto.
- Total o mixta: cuando la lesión afecta a todas las raíces de C5 a D1.

El cuadro clínico es muy variable, puede ir desde una parálisis que solo dure unos pocos días hasta las que causan una incapacidad permanente en el miembro superior afecto y que necesitarán cirugía. En ambos casos el papel de la rehabilitación es fundamental.

Va a ser de gran importancia iniciar un tratamiento de fisioterapia lo más pronto posible para evitar que las secuelas de la lesión evolucionen.

2 Objetivos

- Revisar los diferentes estudios de investigación que tengan como objetivo general, el abordaje de las lesiones del plexo braquial obstétricas en el contexto de la fisioterapia.
- Determinar la eficacia del tratamiento rehabilitador en el abordaje de la PBO.

3 Metodología

Se realiza una revisión bibliográfica cuyo propósito es analizar los estudios y la evidencia científica existente sobre el abordaje de fisioterapia en la Parálisis Braquial Obstétrica.

La metodología que se ha llevado a cabo para desarrollar dicha revisión ha seguido una meticulosa estrategia de búsqueda. Se han aceptado los artículos y documentos más relevantes.

4 Resultados

En la mayoría de estudios analizados se utiliza una intervención conservadora con un tratamiento similar que consiste en la aplicación de cinesiterapia pasiva en todo el miembro superior, incluyendo todas las articulaciones, tratamiento postural, fortalecimiento de los grupos musculares más importantes, y en algunos de los ensayos también se incluye el uso de férulas. Como resultado de la aplicación de estos tratamientos se observa una mejora generalizada en los movimientos del miembro superior afecto, siendo menos notables en la rotación interna de hombro y en la supinación del antebrazo.

Otros autores coinciden en la importancia de iniciar un abordaje precoz conservador basado en la terapia física en este tipo de pacientes, puesto que puede evitar que sea necesaria la cirugía.

A pesar de que los autores parecen estar de acuerdo en que el tratamiento conservador con fisioterapia aporta grandes beneficios en los pacientes con PBO, no existe un consenso en el cual es el mejor tratamiento a aplicar.

Tras analizar los datos obtenidos de las diferentes publicaciones encontradas, podemos decir que los objetivos de tratamiento de fisioterapia se centran en mantener el recorrido articular de forma completa, conseguir que la musculatura esté en las condiciones necesarias para la correcta funcionalidad del miembro, prevenir la atrofia muscular y el control motor del brazo.

Dentro del abordaje conservador vemos que la cinesiterapia pasiva tiene demostrado su efecto en cuanto al mantenimiento del recorrido articular y la flexibilidad de la musculatura, también es beneficiosa a la hora de aportar un estímulo propioceptivo que será útil en la recuperación nerviosa.

Respecto al uso de férulas en estos pacientes no existe un consenso en la comunidad científica, mientras unos las utilizan en sus tratamientos con resultados satisfactorios, otros estudios muestran efectos negativos por su uso como puede ser la luxación posterior de la cabeza humeral, y por tanto recomiendan su uso en los casos estrictamente necesarios.

Respecto a la cirugía, parece existir un acuerdo en que es de utilidad y debe recurrirse a la intervención quirúrgica en determinados casos en los que la lesión en el plexo es grave, o en casos en los que no se logre una favorable evolución funcional o no haya muestras de una reinervación en EMG.

5 Discusión-Conclusión

Existe una notable escasez de evidencia científica a cerca de la eficacia del abordaje conservador de la PBO, de lo que se deduce una necesidad de aumentar el número de ensayos clínicos que aborden esta materia para así poder tener conclusiones firmes respecto a la eficacia de cada uno de los tratamientos tanto a corto como a largo plazo.

Al no existir un criterio uniforme en los métodos de inclusión de los pacientes y en la evolución de las lesiones, los resultados obtenidos no pueden ser fácilmente comparados y, por tanto, nos es imposible detallar el pronóstico de esta enfermedad.

Si podemos concluir que el papel de la fisioterapia es fundamental en el abordaje de la PBO, tanto en los casos que revierten en unas semanas de manera espontánea, como en los casos que no lo hacen y requieren un programa terapéutico largo e incluso cirugía. Nuestro objetivo final como fisioterapeutas en cualquiera

de estas situaciones es favorecer la recuperación, lograr una completa movilidad articular, así como una buena respuesta y equilibrio muscular.

6 Bibliografía

1. Gilbert A, Rabazoni R, Amar-Khodja S. Indications and results of brachial plexus surgery in obstetrical palsy. *Orthop Clin North Am* 1988; 19(1): 91-105.
2. Muhlig RS, Blaauw G, Slooff ACJ, Kortleve JW, Tonino AJ. Conservative treatment of obstetrical brachial plexus palsy (OBPP) and rehabilitation. Gilbert A. Brachial plexus injuries. Federation of European Societies of the Hand. Martin Dunitz. 2001. Pp. 173-187.
3. Lattus J, Pesse D. Trauma obstétrico. Parálisis braquial obstétrica. *Rev Obstet Ginecol*. 2009; 4(1): 66-77.
4. Singh P. Development of a protocol for the management of Obstetric Erb's palsy. *MedIND*. 2015; 47 (1): 14-19.
5. Yang LJ. Neonatal brachial plexus palsy management and prognostic factors. *Semin Perinatol*. 2014; 38(4): 222-34.
6. Yilmaz V, Umay E, Tezel N, Gundogdu I. Timing of rehabilitation in children with obstetric upper trunk brachial plexus palsy. *Childs Nerv Syst*. 2018; 34(6): 1153-1160.

Capítulo 230

IMPORTANCIA DE LA FISIOTERAPIA OBSTÉTRICA COMO MÉTODO DE INTERVENCIÓN EN LA GESTANTE A PROPÓSITO DE UN CASO CLÍNICO

MARÍA TRINIDAD SANTAMARINA FEITO

1 Introducción

Podemos definir el concepto de Fisioterapia Obstétrica como aquella disciplina que abarca, dentro del marco de la terapia física, las tres fases del fenómeno obstétrico (embarazo, parto y postparto) ya sea a nivel preventivo como terapéutico. Durante el embarazo en el cuerpo de la mujer se producen un gran número de alteraciones fisiológicas, que dependerán de muchos factores, entre ellos:

- Hormonal: por la relaxina, aumenta el colágeno, lo que provocara un estado de Inhibición Gravídica.
- Aumento del volumen sanguíneo de la embarazada.
- Aumento del tamaño del útero.
- Aumento del peso corporal, que vendrá seguido de una alteración del centro de gravedad, que se anterioriza, y con ello tendremos una alteración postural en la embarazada.

La fisioterapia obstétrica en el periodo prenatal tiene principalmente tres objetivos: preparar físicamente a la embarazada para el parto, prevenir las patologías que pueden surgir tanto en el pre como en el postparto, y en definitiva que el proceso de gestación se desarrolle con la mayor calidad de vida para la mujer.

Tenemos que tener en cuenta que alrededor del 40 % de las gestantes presentan dolor de espalda, a la mitad de ellas este dolor les limita en las actividades de la

vida diaria y a otras muchas les obliga al reposo. Existen múltiples causas que favorecen el dolor lumbosacro en la gestante, se junta el aumento de peso, el cambio postural, el desplazamiento del centro de gravedad y la hiperlaxitud de los tejidos causada por la relaxina. Todo esto desemboca en un aumento del estrés mecánico a nivel de L3-L4, L5-S1 y las sacro ilíacas.

Como fisioterapeutas en el periodo postparto tendremos otros tres objetivos a trabajar: reeducar el suelo pélvico, reeducación abdominal y reeducar la columna junto con la pelvis. Después de parto, el suelo pélvico va a estar afectado, tanto por el propio proceso del parto, en caso de ser vaginal, como por el peso del bebe durante todo el embarazo. También estará afectada por la distensión, la musculatura abdominal, y la columna vertebral y la pelvis por los movimientos que sufre antes del parto, que la hará quedar inestable.

2 Objetivos

- Identificar la metodología de intervención de un problema músculo-esquelético frecuente en las gestantes y plantear los objetivos de tratamiento de fisioterapia.
- Realizar una intervención de fisioterapia ambulatoria individual (abordaje preventivo y terapéutico) en una paciente embarazada.

3 Caso clínico

Acude a consulta de fisioterapia, mujer de 31 años, embarazada por segunda vez, con un aborto en el anterior embarazo. Este se desarrolla dentro de la normalidad. Actualmente esta de 24 semanas de gestación. Viene derivada del médico rehabilitador por hiperlordosis lumbar postural, acentuada durante el embarazo, con lumbalgias mecánicas al final del día. Paciente activa, realiza deporte de alto rendimiento. Pies planos desde la infancia. Pérdidas leves de orina durante la actividad deportiva. Diástasis abdominal moderada.

Objetivos de tratamiento:

1. Analgesia de los síntomas producidos por la lumbalgia.
2. Reequilibración muscular.
3. Implicar a la mujer en el tratamiento.
4. Preparación al parto: respiración y relajación.
5. Reeducción postural + autoelongación.
6. Ergonomía.

Debemos tener en cuenta que la paciente presenta una diástasis abdominal, esto es una separación entre los lados derecho e izquierdo del músculo recto mayor del abdomen. Debido a esto, son contraproducentes y evitaremos los ejercicios de rotación de tronco, la posición de navaja (sentarse recta desde decúbito supino) y la elevación de ambas piernas.

Tratamiento

1. Analgesia:

- Termoterapia: le recomendamos a nuestra paciente que utilice una manta eléctrica para poner calor en la región lumbar al final del día unos 15 o 20 minutos. Con el aumento de la temperatura en la zona favorecemos la relajación muscular, disminuyendo la excitabilidad, y en definitiva lo que logramos es, además de aumentar la elasticidad muscular, reducir el tono.

- TENS: instruimos a la paciente en cómo colocarlo con 2 circuitos a nivel lumbar con una frecuencia 2-4 Hz y una intensidad que provoque contracción durante 25-30 min.

Con el TENS conseguiremos una liberación de endorfinas que serán las causantes de la analgesia.

2. Reequilibración muscular: instruiremos a la paciente en una serie de ejercicios que podemos dividir en los siguientes apartados:

- Estiramiento de la musculatura acortada.

- Ejercicios autoelongación.

- Fortalecimiento musculatura abdominal y lumbar.

- Fortalecimiento de la musculatura del suelo pélvico:

Para el tratamiento de la incontinencia urinaria elegimos los Ejercicios de Kegel, que fueron diseñados para controlar la incontinencia urinaria después del parto. Tienen como objetivo mejorar la función del esfínter uretral o rectal y fortalecer los músculos del suelo pélvico. Los resultados de estos ejercicios se verán a largo plazo, pero hechos de la forma correcta, resultan ser muy efectivos para mejorar la incontinencia urinaria.

Es importante explicar a nuestra paciente que los ejercicios han de hacerse de menos a más, e ir progresando poco a poco, ya que en caso de hacer los ejercicios en exceso se provocara una fatiga muscular y pueden aumentar los escapes de orina.

3. Preparación al parto: respiración y relajación:

Una parte importante de la preparación al parto serán los ejercicios respiratorios, teniendo en cuenta que existen dos fases en el proceso del parto (dilatación

y expulsión), y que en cada una de ellas se necesita un tipo determinado de respiración, instruiremos a nuestra paciente en una serie de ejercicios para cada fase del parto. Con estos ejercicios conseguiremos grandes beneficios:

- El buen aporte de oxígeno al útero y al feto.
- La disminución de los dolores provocados por las contracciones uterinas.

4. Higiene postural y ergonomía:

Le damos a nuestra paciente una guía con las pautas recomendadas de higiene postural que pueden ayudarla a aliviar sus dolores, y también con unos consejos sobre la forma más correcta de realizar las actividades de la vida diaria sin perjudicar su espalda.

4 Discusión-Conclusión

Tras un mes de tratamiento de fisioterapia, nuestra paciente manifiesta una disminución en la sintomatología dolorosa. Debemos destacar que la paciente protagonista del caso acude a fisioterapia en la semana 24 de gestación, teniendo en cuenta que la barriga empieza a protruir al cuarto mes, deberíamos de haber empezado con el programa de fisioterapia antes del cuarto mes. Por lo tanto en esta paciente ya llegamos tarde en la prevención.

En las pacientes gestantes el dolor lumbosacro suele iniciarse antes del tercer trimestre, será de gran ayuda para ellas recibir un programa individualizado tanto para el dolor lumbar como para fortalecer el suelo pélvico antes de que comiencen estos síntomas.

Sería de gran ayuda para las gestantes que se les informase y se les dotase de los medios para poder beneficiarse de un programa preventivo de dolor lumbar y fortalecimiento de suelo pélvico. Con esto lograríamos mejorar su calidad de vida, disminuir las molestias que puedan desencadenarse por el embarazo, y por consiguiente se reducirían también las bajas laborales en este tipo de pacientes.

5 Bibliografía

1. Abalo R, Da Cuña I. Fisioterapia preventiva en las disfunciones del suelo pélvico en el posparto. *Fisioterapia*. 2013;35(2):82-7.
2. Patricia A, Carrasco G, María A, López D, López DG, Carrasco RG, et al. Actuación del fisioterapeuta en el tratamiento integral de la embarazada. *Nure Investig*. 2013;(1):1-8.

3. Martínez Bustelo S., Ferri Morales A, Patiño Núñez S., Viñas Diz S., Martínez Rodríguez A. Entrevista clínica y valoración funcional del suelo pélvico. *Fisioterapia* 2004; 26(5):266-80.
4. Ferri A., Amostegui J.M. Prevención de la disfunción del suelo pélvico de origen obstétrico. *Fisioterapia* 2004; 26(5): 249-65.
5. Stephenson R.G, O'Connor L.J. *Fisioterapia en obstetricia y ginecología*. Madrid. Editorial McGraw Hill-Interamericana. 2ª edición.
6. Martínez Rodríguez A., Martínez Bustelo S. El programa de Educación Maternal en el Sistema Público de Salud de Galicia. *Rev Iberoam Fisioter Kinesol* 2007; 10(1):5-11.

Capítulo 231

FISIOTERAPIA EN EL TRATAMIENTO DEL PROLAPSO EN MUJERES

CLAUDIA GARCIA MERA

MARIA GEMA GALINDO TERCERO

LAURA VERGARA SAEZ

MAR GALINDO MARTINEZ

FELIPE MERCADO RAMÍREZ

1 Introducción

Es interesante que antes de comenzar con el estudio hagamos un breve recuerdo anatómico sobre la pelvis. Nos vamos a centrar en la anatomía de la pelvis femenina ya que todo va a ir enfocado a el tratamiento del Prolapso genital en mujeres y en este caso que sean mayores de 60 años.

En la pelvis debemos diferenciar por un lado el contenido y por el otro el continente.

El contenido de la pelvis hace referencia a el conjunto de partes blandas que están integradas dentro de ella, como son el sistema suspensorio o ligamentoso, sistema cohesivo o fascial y por último el sistema de sostén muscular.

A su vez, dentro de la Pelvis podemos diferenciar las vísceras del sistema genitourinario como son la vejiga, uretra, próstata (en los hombres) y el útero (en mujeres), así como los órganos del sistema digestivo, que son el recto y ano.

El sistema muscular de la Pelvis está compuesto por tres planos musculares bien diferenciados, plano superficial, plano medio y plano profundo. En este último plano se encuentra el músculo por excelencia del Suelo Pélvico que es el Elevador del Ano.

Todas las estructuras citadas anteriormente están relacionadas íntimamente entre sí participando activamente para las funciones de continencia fecal y urinaria. Dado que los seres humanos hemos ido evolucionando hasta llegar a la bipedestación esto ha ocasionado que suframos una serie de cambios en la anatomía y función de nuestro cuerpo. El aumento de la presión intraabdominal asociado a cambios en la dirección de los vectores de la fuerza que van hacia caudal pasando por el suelo pélvico puede producir disfunciones en las estructuras que lo forman pudiendo ocasionar el prolapso genital.

Podemos definir el prolapso como la caída o descenso de un o más órganos ó vísceras internas de menor o mayor gravedad por un orificio como consecuencia de la relajación de sus medios de fijación.

En función de la víscera que sea descendida podemos dividir el prolapso en varios tipos que son:

- Cistocele: es el más frecuente de todos y lo que ocurre es que la vejiga desciende y cae hacia la vagina. Frecuentemente va acompañada de la uretra cayendo ambas conjuntamente. Este tipo de prolapso dará una sintomatología como es la incontinencia urinaria de urgencia, pérdida de orina en las relaciones sexuales, dificultad a la hora de orinar e incluso aumenta el riesgo de sufrir infecciones porque la vejiga no llega a vaciarse completamente.
- Rectocele: ocurre cuando el recto cae sobre la pared posterior de la vagina. Dará síntomas como estreñimiento, hemorroides, sensación de presión e incluso puede llegar a ocasionar obstrucción intestinal.
- Prolapso uterino: en este caso es el útero el que desciende, primero el cuello y luego el cuerpo del útero y asoman por la vagina pudiendo llegar incluso a salir hacia el exterior.
- Prolapso de la cúpula vaginal: será la cúpula vaginal la que al descender haga que la parte interna de la vagina quede por fuera (como si un calcetín se diera la vuelta). Sobre todo, este tipo de prolapso se da en mujeres que han sufrido una histerectomía.
- Enterocel: se define así cuando son las asas intestinales las que descienden de forma aislada o asociadas a rectocele o prolapso uterino.

Grados de Prolapso:

Dependiendo de la gravedad del Prolapso podemos clasificarlo en cuatro grados. Para cada uno de ellos existe un tratamiento específico.

- Grado I o leve: el órgano desciende ligeramente quedándose dentro del interior de la vagina.
- Grado II o moderado: el órgano desciende y se queda aflorando en la entrada de la vagina.
- Grado III: el órgano sale al exterior traspasando el orificio vaginal.
- Grado IV o total: el órgano sale completamente al exterior.

Factores de riesgo de sufrir un Prolapso:

Son varios los factores que predisponen a la mujer a sufrir algún tipo de prolapso en mayor o menor grado, son los siguientes:

Debilidad o alteración en la musculatura del suelo pélvico, principalmente en el músculo elevador del ano.

Haber estado embarazada una o más veces.

El parto, en función de cómo se ha desarrollado, si ha sido parto vaginal, instrumental o niños muy grandes.

La obesidad es un factor que también influye a que aumente la debilidad de la musculatura.

Enfermedades respiratorias que cursen con tos crónica.

Levantar cargas pesadas de forma repetitiva.

La menopausia.

El hipoestrogenismo.

Enfermedades musculoesqueléticas, neuromusculares o del tejido conectivo.

Antecedentes de cirugías principalmente abdominales.

Tener la pelvis de diámetro largo.

La actividad deportiva, como hacer running o tenis.

Antecedentes familiares y genéticos.

Edad avanzada.

El factor de riesgo más importante y que más influye a la hora de sufrir un prolapso es sin duda el parto vaginal, el riesgo aumenta de 4 a 11 veces.

La aparición de prolapso es mucho más frecuente en la población femenina que en la masculina, ya que presentan mayor número de factores de riesgo.

La sintomatología que presentan estos pacientes puede ser genital, urinaria, ano rectal y sexual. Variará en función del grado que presenten y órgano u órganos que se hayan prolapsado.

Tratamiento para el Prolapso:

En función del grado de severidad del prolapso que presente la paciente se abordará el problema de forma conservadora o quirúrgica en los casos más graves, o ambos.

Cuando los músculos del suelo pélvico se ven debilitados por los diferentes factores de riesgo que hemos comentado anteriormente el abordaje desde la fisioterapia será el entrenamiento y el fortalecimiento de dichos músculos, así como el cambio en los hábitos de vida que pudieran ser perjudiciales para la musculatura. Trabajaremos desde la fisioterapia siempre y cuando la paciente presente un prolapso grado I o II, ya que cuando el grado es mayor, II o IV, resulta muy difícil devolver el órgano a su estado inicial, por lo que el tratamiento de elección será la cirugía.

En el caso de que se tenga que llegar a el tratamiento quirúrgico el procedimiento a seguir es el uso de mallas tanto en el compartimento anterior como en el posterior, siendo un 80% más efectivo en el posterior.

En cuanto al tratamiento de fisioterapia, éste consistirá en la realización de ejercicios de fortalecimiento del suelo pélvico como son los ejercicios de Kegel así como el trabajo de los abdominales, transversos abdominales, el diafragma y los multifidos.

Los ejercicios de Kegel tienen una ventaja muy buena y es que no necesitan de ningún instrumento para realizarlos. Se le enseñará al paciente a hacerlos correctamente y luego éste los introducirá en su vida diaria siempre que sea consciente de cómo hacerlo para no llegar a la fatiga muscular ya que sería contraproducente.

2 Objetivos

Conocer el papel de la fisioterapia en el tratamiento del prolapso en mujeres mediante la exposición de un caso clínico.

3 Caso clínico

Mujer de 60 años. Profesora y antigua bailarina.

Acude a consulta por pérdidas de orina al realizar esfuerzos tanto con ejercicios físicos como al reír, toser o estornudar. De baja laboral, por depresión.

- Antecedentes obstétricos:

Dos embarazos (hace 25 y 23 años).

Parto vaginal, con fórceps y episiotomía perineal.

Dolor en las relaciones sexuales desde el segundo parto (dispareunia).

- Características de la micción y defecación:

Pérdidas involuntarias de orina diarias al toser, estornudar o incluso reír.

Ausencia de pérdidas durante la noche.

Escozor al orinar.

8-9 micciones/día.

Estreñida.

En la exploración física:

- Exploración visual (región vulvar):

Cicatriz episiotomía perineal algo atrofiada.

Distancia ano-bulbar acortada.

- Palpación:

Tono basal disminuido.

- Valoración musculatura suelo pélvico:

Derecha: 2/5 en la escala de Oxford.

Izquierda: 2/5 en la escala de Oxford.

- Valoración de la estática de los órganos de la pelvis:

Maniobra de Valsalva: prolapso vejiga (cistocele) grado I.

- Valoración neurológica:

Reflejo anal: +.

Reflejo clitoridiano: +.

Reflejo perineal a la tos: +.

- Valoración de la estática Lumbo-Abdomino-Pélvica:

Cincha abdominal hipotónica (oblicuos y transversos del abdomen).

Diafragma hipertónico.

Hiperlordosis lumbar y acortamiento psoas-ilíaco (test de Thomas +).

- Incontinencia urinaria de esfuerzo:

La pérdida de la lordosis normal, así como la falta de tono de la cincha abdominal y exceso de tono del diafragma presentes en esta paciente provocan que, durante el esfuerzo, la presión recaiga sobre el periné anterior, perdiendo esta su capacidad de sostén. Este mecanismo favorece esa debilidad en la musculatura del suelo pélvico, dando lugar a la aparición del prolapso de la vejiga e incontinencia urinaria que presenta.

A su vez, la falta de elasticidad de la musculatura pélvica por la tensión de su cicatriz, es la causante del dolor durante sus relaciones sexuales.

- Objetivos a corto plazo:

Cambios de comportamiento (frecuencia miccional y de ingesta de líquidos) para controlar que la vejiga no se llene tan rápidamente.

Elastificar la musculatura del suelo pélvico para eliminar dolor.

Relajación diafragma para disminuir el exceso de presión.

- Objetivos a medio/largo plazo:

Corrección postural.

Aumentar tono cincha abdominal para mejorar la función de sostén.

Reeducación y fortalecimiento musculatura suelo pélvico.

- Tratamiento:

Inicialmente el tratamiento se organizó en dos sesiones por semana. Durante las tres primeras semanas nuestro principal objetivo fue mejorar su frecuencia miccional, disminución del dolor y liberación de tensiones. Para ello establecimos un diario miccional y de ingesta de líquidos, revisándolo cada semana y pesando compresas para cuantificar las fugas de orina. Comenzamos con el trabajo manual para ganar elasticidad de la musculatura pélvica y por último realizamos técnicas de liberación del diafragma, mediante terapia manual y reeducación de la respiración (pedimos practicar en casa todos los días).

En la 3ª semana iniciamos el fortalecimiento tónico de la musculatura pélvica y abdominal con un trabajo hipopresivo abdomino pelvi perineal, partiendo desde la posición de supino (practicar en casa todos los días) y progresando finalmente a posturas de la vida diaria en la 8ª semana.

- Paralelamente introducimos ejercicios de corrección de la hiperlordosis lumbar: estiramientos de psoas y fortalecimiento de glúteo e isquiotibiales (antagonistas de la anteversión).

En la 4ª semana, la paciente refiere no sentir dolor en sus relaciones sexuales y nos muestra una reducción de su frecuencia miccional de 8 a 4 micciones diarias. De esta manera, introducimos el fortalecimiento fásico del suelo pélvico con ejercicios activos asistidos manualmente (ejercicios de succión/contracción con palpación intravaginal). Una vez aprendidos, pasamos a realizar ejercicios de Kegel.

A comienzos de la 8ª semana, la paciente no refiere ningún dolor a la palpación, su frecuencia miccional se redujo a 5-6 micciones al día, sin presencia de fugas de orina.

4 Discusión-Conclusión

El prolapso se trata de una patología que presenta números factores de riesgo y que uno de ellos es la edad avanzada. Suele ir asociada a incontinencia urinaria y ésta también aumenta con la edad siendo un factor de riesgo importante para padecerla.

Suele ser más frecuente en mujeres que en hombres dado que ellas tienen un factor de riesgo muy importante como son el número de embarazos, números de partos, así como se hayan desarrollado ambos, si ha cogido mucho peso, si el parto fue natural, instrumental, etc. Sin embargo, conforme avanza la edad el

riesgo de sufrir incontinencia urinaria se va igualando tanto en hombres como en mujeres.

Hay varios tipos de prolapso dependiendo del órgano que se vea afectado y dependiendo del grado de prolapso que presente el paciente se elegirá un tratamiento u otro.

El tratamiento de elección en los grados menos graves de prolapso como son el I y el II, se utilizará el tratamiento conservador con fisioterapia mediante ejercicios de Kegel, electroterapia y trabajo de la musculatura abdominal. Por otro lado, en el caso de exista un prolapso de grado más elevado como son el III y el IV se optará por la cirugía.

5 Bibliografía

1. Principal P, médica E, uterino P. Prolapso uterino: MedlinePlus enciclopedia médica [Internet]. Medlineplus.gov. Encontrado en: <https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/001508.htm>.
2. Prolapso - Wikipedia, la enciclopedia libre [Internet]. Es.m.wikipedia.org. Encontrado en: <https://es.m.wikipedia.org/wiki/Prolapso>.
3. Prolapso uterino - Síntomas y causas - Mayo Clinic [Internet]. Mayo-clinic.org. Encontrado en: <https://www.mayoclinic.org/es-es/diseases-conditions/uterineprolapse/symptoms-causes/syc-20353458>.
4. Home | Office on Women's Health [Internet]. Womenshealth.gov. Encontrado en: <https://www.womenshealth.gov/>.
5. Prolapso genital: uterino, vaginal y rectal - Diagnóstico y Tratamiento [Internet]. Institut-riera.com. Encontrado en: <https://www.institut-riera.com/ginecologia/prolapso-genital/>.

Capítulo 232

FISIOTERAPIA RESPIRATORIA EN LA RECUPERACIÓN DEL PACIENTE TRAS COVID-19

CLAUDIA GARCIA MERA

MARIA GEMA GALINDO TERCERO

LAURA VERGARA SAEZ

MAR GALINDO MARTINEZ

FELIPE MERCADO RAMÍREZ

1 Introducción

La fisioterapia respiratoria (FTR) tiene como objetivo mejorar la ventilación pulmonar, el intercambio de gases, la función de los músculos respiratorios, la disnea, la tolerancia al ejercicio y la calidad de vida relacionada con la salud.

La infección por coronavirus provoca la enfermedad COVID-19, la cual produce en quienes la contraen síntomas que afectan las funciones respiratorias.

Partiendo del examen y la valoración del paciente, se llega al diagnóstico fisioterapéutico que permite la aplicación de las técnicas más adecuadas en función de cada caso.

Las técnicas de fisioterapia respiratoria se consideran de alto riesgo porque generan microgotas y aerosoles, por lo que para su realización en pacientes infectados por Covid-19 deben tomarse las máximas precauciones, utilizando equipos de protección individual.

Si hay que llevar a cabo procedimientos de generación de aerosoles, lo ideal sería hacerlo en una sala de presión negativa y si no se dispone de la misma, en una habitación individual con el menor número de personal posible.

Recalcamos también la importancia de la higiene de manos tanto antes como después de tener contacto con el paciente.

Es importante valorar el beneficio-riesgo tanto para el paciente como para el personal expuesto, realizándose normalmente este tipo de ejercicios una vez ha negativizado el paciente.

2 Objetivos

Dar a conocer como personal sanitario formado en fisioterapia algunas cuestiones básicas relacionadas con el paciente respiratorio tras Covid-19 y los mecanismos de recuperación a través de la fisioterapia.

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

En múltiples ocasiones los pacientes que han sufrido el Covid-19 tienen neumonía bilateral, una infección que inflama los sacos aéreos de los pulmones.

Esta neumonía puede variar de gravedad y puede llegar a afectar de forma grave a las funciones respiratorias del paciente.

En muchas ocasiones el paciente presenta secuelas por lo que es importante realizar un proceso de rehabilitación y reeducación pulmonar.

Ejercicios respiratorios:

Se usan para fortalecer los músculos respiratorios, movilizar de forma correcta el músculo diafragmático y los intercostales, promover el intercambio gaseoso en los pulmones y eliminar las secreciones.

Están indicados para pacientes con una expansión torácica limitada, como aquellos con enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), convalecientes de cirugía torácica, politraumatizados, intubados o con ventilación mecánica, pacientes con enfermedades neuromusculares y como hemos observado tras la pandemia, también son de gran utilidad en pacientes que han pasado por el Covid-19. Los ejercicios deben realizarse una vez al día en las siguientes posiciones: Fowler, semifowler, y decúbito supino para facilitar la respiración abdominal.

- Respiración abdominal o diafragmática:

1. Tumbarse boca arriba, colocar las manos sobre el abdomen y flexionar las rodillas.
2. Inspirar profundamente por la nariz con la boca cerrada y distender el abdomen. Las manos tienen que notar el movimiento de expansión del abdomen elevándose.
3. Colocar los labios como si se fuese a silbar y espirar lentamente haciendo un sonido sibilante. Ir hundiendo los músculos abdominales para volver a la posición original.

- Respiración costal o torácica:

1. El paciente debe sentarse, procurando que la espalda esté derecha, pero sin tensión, puesto que si la curva comprime el tórax se impide una buena respiración.
2. Colocar las manos sobre las costillas una a cada lado.
3. Expulsar a fondo el aire y tensar la musculatura del abdomen. Esto impide respirar con el vientre; es decir, con un movimiento amplio del diafragma.
4. Inspirar profundamente dejando que se expanda la zona de las costillas.
5. Retener el aire un instante y expulsar. Las costillas vuelven a su posición inicial.

- Con espirometría o inspirometría incentivada:

Un espirómetro de incentivo es un dispositivo de mano que hace ejercitar los pulmones y mide la cantidad de aire inspirado. Se conecta un tubo flexible de plástico a una columna de aire con un pistón o una bola que sube al tomar aire, indicando el volumen. Puede tener otra columna para medir el flujo.

Drenajes posturales:

Son posturas específicas para movilizar las secreciones bronquiales usando la fuerza de gravedad terrestre; el líquido se drena hacia los bronquios mayores y después hacia la tráquea hasta conseguir expulsarlo con la tos. Es la técnica que mejor se tolera y se suele combinar con las anteriores.

El drenaje postural se realiza dos o tres veces al día, dependiendo de lo congestionado que se encuentre el paciente. Los mejores momentos son: antes del desayuno, antes de la comida, a última hora de la tarde y antes de ir a la cama. No

debe realizarse cuando el paciente está recién comido. La duración total es de 30 minutos.

5 Discusión-Conclusión

Hemos podido conocer como personal sanitario formado en fisioterapia algunas cuestiones básicas relacionadas con los mecanismos de fisioterapia respiratoria para la recuperación de pacientes que han atravesado el Covid-19.

Muchos de estos pacientes sufren neumonía bilateral que afecta de forma incluso grave a su capacidad pulmonar por lo que en muchos de estos casos es preciso que el paciente lleve a cabo ejercicios de recuperación mediante fisioterapia respiratoria.

Hemos podido conocer algunos de estos ejercicios y como se realizan, tomando siempre las máximas precauciones para el personal ante posibles contagios por disipación de aerosoles durante la realización de las técnicas, haciendo uso de equipos de protección individual (EPI) en caso necesario.

6 Bibliografía

1. <https://www.efisioterapia.net>.
¿Cómo ayuda la fisioterapia en el tratamiento del Covid-19? - eFisioterapia.
2. <https://www.saludcastillayleon.es>.
Cuidados de fisioterapia al alta en pacientes que han padecido Covid-19.
3. <https://gacetamedica.com>.
La fisioterapia, clave en la rehabilitación de personas que han padecido Covid-19.
4. <https://www.medintensiva.org>.
Neumonía bilateral por SARS-CoV2: evolución radiográfica.
5. <https://www.elsevier.es>.
Covid-19 grave con inicio como neumonía bilateral, ictus... - Elsevier.

Capítulo 233

LA FISIOTERAPIA EN EL PERIODO DE EMBARAZO Y PREVIO AL PARTO

CLAUDIA GARCIA MERA

MARIA GEMA GALINDO TERCERO

LAURA VERGARA SAEZ

MAR GALINDO MARTINEZ

FELIPE MERCADO RAMÍREZ

1 Introducción

El embarazo es el estado en el que se encuentra una mujer gestante en el periodo comprendido desde la concepción y el nacimiento, con una duración de 37 a 42 semanas. Este periodo se divide en varias fases, la primera es hasta la semana 12, siguiéndole hasta la 28 y por último hasta la 40. Durante el embarazo hay una serie de cambios hormonales en los que la mujer presenta desde la ausencia de la menstruación, pudiendo presentar náuseas y vómitos durante el proceso, también sufren un aumento de cansancio e incremento de micciones, además de incontinencia urinaria y dolores en la zona lumbopélvica, estos últimos se verán presentes durante y postparto. En cuanto a las hormonas, se produce un aumento de la progesterona, la cual cumple un papel fundamental y necesario para el desarrollo del embarazo, así como preparando la mujer para la lactancia. Otra hormona encargada de que los ovarios segreguen progesterona y estrógenos para el desarrollo de la placenta es la hormona gonadotropina coriónica. En cuanto

al nivel de cardiovascular, encontramos un aumento del volumen sanguíneo y por consiguiente, la disminución de la presión sanguínea provocando una circulación más lenta, retrasando el retorno venoso apareciendo edemas y varices con respecto a las extremidades inferiores.

2 Objetivos

- Revisar la literatura científica de las técnicas de fisioterapia sobre la preparación del embarazo.
- Evidenciar la efectividad de los tratamientos de fisioterapia con ejercicios estructurados para el dolor lumbar y pélvico.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo se ha llevado a cabo una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática en las principales bases de datos: Pubmed, Medline y Web of Science, seleccionando artículos de los últimos 5 años y con las palabras clave "pregnancy and physiotherapy", "gestation or pregnancy and physiotherapy" y "pregnancy and physiotherapy".

4 Resultados

Tras estudiar seis ensayos clínicos aleatorizados de los que principalmente trataban de los beneficios de la fisioterapia durante el embarazo, en el cual cabe resaltar las diversas modificaciones que puede sufrir una mujer durante el proceso de embarazo que causa desequilibrios de manera general en todo el cuerpo.

La obstetricia en su ámbito suele centrarse durante todo el proceso en el tratamiento de la corrección postural para ayudar y prevenir las posibles manifestaciones durante el proceso.

Los estudios mostraron el aporte de múltiples beneficios de la fisioterapia obstétrica en el suelo pélvico reforzando sobre todo el tratamiento de incontinencia urinaria, antes, durante y después del parto, también previniendo y siendo capaz de tratar y controlar el dolor lumbar y pélvico generado, así como el aumento de peso y por consiguiente, los síntomas de edema en miembros inferiores, son capaces de verse reducidos con terapia manual, higiene y revisión postural así como ejercicios estructurados y específicos de relajación.

De las pacientes tratadas el 90 % obtuvo un gran resultado de mejora frente a un 7 % que fue parcialmente exitoso y solamente un 3% no obtuvo mejoras significativas. Otro tratamiento que resultó ser muy beneficioso fue el masaje perineal para las episiotomías en el momento del parto y posibles desgarros, aumentando la elasticidad del suelo pélvico para facilitar la salida del bebe.

En otro estudio de similares características, también presentaron diferencias entre dos grupos, obteniendo mejoras significativas el grupo que realizó ejercicios específicos de tratamiento lumbopelvico, así como ejercicio aeróbico en cinta, así como ejercicios de resistencia destacando la cinta en posición de un 3 % de inclinación, incluyendo ejercicios con banda elástica, en la mayoría de los pacientes también obtuvieron mejoras beneficiosas en cuanto a la reducción e intensidad del dolor.

5 Discusión-Conclusión

El papel de la fisioterapia obstétrica es clave, así como fundamental en la mujer embarazada, utilizando técnicas de terapia manual, corrección e higiene postural que propician una mejor calidad de vida, así como ayudan a disminuir el dolor en la mujer embarazada durante todo el proceso de gestación, también el ejercicio físico se ha demostrado la efectividad para el tratamiento y reducción de la incontinencia urinaria, pero no tan efectiva en la disminución del dolor lumbar. El masaje perineal resultó beneficioso aumentando la elasticidad de las paredes de la vagina reduciendo los procesos de desgarros no solo durante la gestación, sino previo y posterior al parto.

6 Bibliografía

1. Rodríguez-Díaz L, Ruiz-Frutos C, Vázquez-Lara JM, Ramírez-Rodrigo J, Villaverde-Gutiérrez C, Torres-Luque G. Efectividad de un programa de actividad física mediante el método Pilates en el embarazo y en el proceso del parto. *Enferm Clin [Internet]*. 2017;27(5):271-7. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.enfcli.2017.05.008>.
2. Fontana Carvalho AP, Dufresne SS, Rogério De Oliveira M, Couto Furlanetto K, Dubois M, Dallaire M, et al. Effects of lumbar stabilization and muscular stretching on pain, disabilities, postural control and muscle activation in pregnant woman with low back pain. *Eur J Phys Rehabil Med*. 2020;56(3):297-306.

3. Kokic IS, Ivanisevic M, Uremovic M, Kokic T, Pisot R, Simunic B. Effect of therapeutic exercises on pregnancy-related low back pain and pelvic girdle pain: Secondary analysis of a randomized controlled trial. *J Rehabil Med.* 2017;49(3):251-7.

Capítulo 234

FISIOTERAPIA ENFOCADA AL TRATAMIENTO DEL DOLOR LUMBOPÉLVICO DURANTE EL EMBARAZO

CLAUDIO MENDOZA GALIANO

1 Introducción

Se define embarazo como el periodo que se comprende entre la fecundación de un óvulo y el nacimiento del recién nacido, que en el ser humano se corresponde a un período de unas 40 semanas.

Durante dicho período se producen determinados cambios para adaptar los aparatos y sistemas del organismo de la mujer, ya que la buena evolución del embarazo precisa de dichas adaptaciones; cuando estas modificaciones no son adecuadas, pueden aparecer determinadas complicaciones como por ejemplo el dolor lumbo pélvico. Aunque también se producen cambios metabólicos, a nivel de distintos órganos y sistemas y psicológicos, en esta revisión nos centraremos en los cambios musculo esqueléticos y biomecánicos (responsables de modificar la postura de la mujer), su influencia en el dolor lumbo pélvico y cómo podemos abarcarlo desde el ámbito de la fisioterapia.

El dolor lumbo pélvico relacionado con el embarazo se podría definir como dolor en la parte más baja de la columna lumbar y, o bien, en la cintura pélvica (zona glútea, sínfisis púbica y articulación sacroilíaca). Esta presentación de dolor no está relacionado ni causado por patología urinaria ni ginecológica, sino que tiene su causa en un problema musculoesquelético. Más de dos tercios de las mujeres

gestantes desarrollan dolor lumbar y al menos una quinta parte dolor pélvico, siendo así una de las molestias que más frecuentemente aparece y con una mayor prevalencia en el embarazo. Cabe destacar que a medida que avanza el embarazo se va intensificando llegando a afectar negativamente a las actividades cotidianas, al ámbito laboral, al sueño y el ejercicio, entre otros.

Se reconocen una serie de factores de riesgo que se relacionan con una evidencia importante con la aparición de dolor lumbopélvico durante el embarazo, como son el dolor lumbar previo, la aparición de dolor lumbopélvico en algún embarazo previo o tener un trabajo que provoque estrés.

En cuanto a los cambios posturales y estructurales más evidentes consideraríamos el desplazamiento hacia delante del centro de gravedad y tener una musculatura abdominal débil como responsables del aumento de las curvas propias de la columna, apareciendo hiperlordosis lumbar y anteversión de la pelvis.

Esto añadido a que tiene lugar un notable cambio a nivel hormonal que provoca hiperlaxitud ligamentosa y cartilaginosa, nos hacen plantearnos que el origen del dolor lumbopélvico en el embarazo se debe a un proceso multifactorial, aunque no se conocen las causas con exactitud.

Desde el ámbito de la fisioterapia, más exactamente desde la rama de la fisioterapia obstétrica, se trabaja para prevenir y tratar las posibles modificaciones y complicaciones que puedan producirse durante el periodo de gestación, el parto y el postparto. Se utiliza un arsenal de herramientas como la terapia manual, la electroterapia y termoterapia, el ejercicio terapéutico y la educación ergonómica y postural, así como la aplicación de vendajes, con el fin de luchar contra el dolor. The American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG) sugiere llevar a cabo de forma regular la práctica de ejercicio físico durante esta etapa para conseguir mantener una buena salud y bienestar. Recomendamos llevar a cabo actividad física de intensidad leve-moderada, durante 20-30 minutos al día y de 3 a 5 veces por delante, ya que el sedentarismo y la inactividad traen consigo un desacondicionamiento físico y una importante pérdida de musculatura lo cual predispone a mayor probabilidad de aparición del dolor lumbopélvico durante el embarazo. Es así que se considera que la actividad física ayuda a reducir la intensidad del dolor, mejora la calidad de vida y por consiguiente reduce la discapacidad de la mujer embarazada.

2 Objetivos

Analizar de qué manera afecta (ya sea de forma positiva, negativa o indiferente) la intervención fisioterapéutica, con diversas herramientas, a la estabilización,

mejora o prevención del dolor lumbopélvico durante el embarazo.

3 Caso clínico

Paciente de 40 años, embarazada de 4 meses, que acude a consulta por dolor en coxis y articulación sacro-coccígea. Su dolor está presente en sedestación y al incorporarse de sedestación a bipedestación, una vez de pie mejora la sintomatología.

También presenta sensación de bulto vaginal, más evidente cuando se incorpora de sedente a bipedestación.

Antecedentes:

- Hace un año y nueve meses tuvo un parto instrumental (con espátulas) donde sufrió una gran episiotomía y un desgarró del suelo pélvico.
- Hace un año comenzó a presentar incontinencia urinaria ante esfuerzos (tos++) por lo que ya estuvo en tratamiento de suelo pélvico.
- Padece estreñimiento crónico que se ve aumentado con los embarazos.

Exploración física:

- Morfotipo postural posterior, con rectificación de las curvaturas fisiológicas, especialmente la lordosis lumbar y sacro tendente a la verticalización. Coxis en ligera flexión. Retracción de musculatura pelvitrocantérea.
- Diafragma con hipertono grado 1, importante hipotonía de la cincha abdominal, con diástasis de los rectos abdominales (test de incompetencia abdominal positivo).

Exploración intracavitaria:

- Importante cicatriz de episiotomía en el lado derecho en dirección al orificio anal, con adherencias.
- Hipersensibilidad en el trayecto cicatricial interno.
- Prolapsogrado 1 de uretra y vejiga.
- Presencia de fecalomas palpables en la pared posterior vaginal que confirman su estreñimiento.
- Bandas tensas en ambos obturadores internos, que irradian dolor a la zona glútea.
- Núcleo fibroso central del periné hipotónico, que se abomba con la maniobra de Valsalva.
- Contracción elevadores del ano muy débil (1/5).
- Reflejo miotático y bulvocavernoso conservados.

Tratamiento:

A corto plazo (mejorar los hábitos):

- Toma de conciencia de la musculatura del suelo pélvico y del transverso del abdomen, enseñando una correcta contracción.
 - Se enseña una correcta postura en sedestación dejando libre el coxis y la articulación sacro-coccígea, ya que tiene un trabajo de oficina sedentario y se observa como la postura sentada que ella adquiere daña la articulación sacrococcígea y le produce dolor.
 - Se enseña una postura defecatoria correcta, con ayudas manuales y empujes utilizando el músculo transverso y se intenta “quitar de su rutina” todo empuje en Valsalva. Se dan consejos de alimentación para mejorar el estreñimiento.
 - Se enseña como coger a su niño haciendo una maniobra de contracción del suelo pélvico anticipatoria al esfuerzo, también válida para realizarla antes de la tos y en los cambios posturales.
 - Inhibición de puntos gatillo de los músculos obturadores internos y piramidales, enseñando ejercicios de estiramiento para que realice en el domicilio.
- A medio plazo (etapa actual de tratamiento):
- Enseñar ejercicios de contracción del transverso abdominal y suelo pélvico en diferentes posturas a favor y contra la gravedad.
 - Llegar a automatizar la contracción del suelo pélvico ante esfuerzos de hiperpresión intraabdominal.
 - Preparar su cuerpo para el día del parto.

EVOLUCIÓN

- Tras un mes de tratamiento el dolor en el coxis ha desaparecido casi por completo, presentando ligeras molestias de forma muy esporádica.
- Presenta menos sensación de bulto vaginal a pesar de tener que soportar más peso fetal.
- Mejor tono de transverso abdominal y una ligera mejoría en la contracción de los elevadores del ano (2/5).
- Desde que está en tratamiento no ha tenido episodios de incontinencia urinaria.

4 Discusión-Conclusión

En este capítulo de libro que se ha llevado a cabo se ha concluido, en líneas generales, que las actuaciones que realizan una o varias técnicas de fisioterapia tienen mejor resultado que las que tan solo reciben información o tratamiento pasivo.

Siendo así, y fijándonos en diferentes estudios que valoran la efectividad y eficacia de la aplicación de técnicas de terapia manual, determinando que el abordaje osteopático y la terapia manual son seguros y disminuyen el dolor.

Por otro lado, está indicado que la terapia craneosacral disminuía la intensidad del dolor y del mismo modo aminoraba el deterioro funcional. También está demostrado que cuanto antes se empiece el tratamiento para abordar el dolor lumbopélvico, se obtienen mejores resultados en su recuperación.

Para finalizar, lo más aconsejable para obtener unos resultados mejores en cuanto al problema que estamos tratando, es que deberían combinarse técnicas de terapia manual con ejercicio terapéutico, ya que son las técnicas que mejores resultados han demostrado en general (mejor condicionamiento físico, mayor capacidad funcional...).

5 Bibliografía

1. Dolor lumbopélvico en el embarazo - Causas y tratamiento [Internet]. Fisiocampus.com. Encontrado en: <https://www.fisiocampus.com/dolor-lumbopelvico-en-el-embarazo-causas-y-tratamiento>.
2. [Internet]. Dspace.umh.es. Encontrado en: <http://dspace.umh.es/jspui/bitstream/11000/7340/1/TFG%20ANDREA%20PARADA%20GIRÓN.pdf>.

Capítulo 235

TRATAMIENTO DEL DOLOR LUMBAR EN GESTANTES

SILVIA MONTOYA FERREIRO

1 Introducción

La columna proporciona movilidad, es capaz de soportar carga y protege las estructuras nerviosas. También es el origen de uno de los síntomas más incapacitantes: el dolor lumbar (DL), que es la segunda causa de consultas médicas en Atención Primaria en los EE. UU. y el 43,8% de las consultas por enfermedad musculoesquelética en Atención Primaria en nuestro país. También es una de las principales causas de absentismo laboral en individuos de menos de 55 años de edad. Es así porque el DL es un síntoma muy frecuente, que lo padecerá en algún momento de la vida el 60-80% de las personas.

La lumbalgia, la podemos definir como todo cuadro doloroso que asienta en la columna lumbar y que impide su movilización normal. La lumbalgia relacionada con el embarazo solo ha cobrado importancia en los últimos años, por el impacto que tiene en la calidad de vida de la embarazada y por los costos económicos que involucra. El embarazo supone un esfuerzo muy importante para el cuerpo de la madre. De aquí que la gestación sea una de las principales causas de DL en nuestra población. La mujer embarazada puede padecer numerosos estados y/o enfermedades durante y tras el embarazo debido, pues, a los diversos cambios físicos producidos durante la gestación. Las 2 más frecuentes son la incontinencia urinaria y la lumbalgia. Es conveniente aclarar que la columna vertebral posee curvaturas fisiológicas (lordosis cervical, cifosis dorsal y lordosis lumbar), es decir, normales y necesarias para poder adaptarnos a los movimientos continuos

que implica la vida; pero son las anomalías de estas curvaturas las que pueden ocasionar dolores y otros problemas añadidos.

2 Objetivos

- Resaltar la importancia de mantener una correcta higiene postural.
- Exponer la necesidad de evitar el sedentarismo, realizar medidas terapéuticas y evitar la realización de trabajos estresantes.

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

Más de las 2/3 partes de las mujeres embarazadas presentan DL y casi 1/5 presenta dolor pélvico. El dolor aumenta con el avance del embarazo e interfiere con el trabajo, las actividades cotidianas y el sueño. Normalmente es de intensidad leve a moderada con pronóstico favorable a largo plazo, aunque la tasa de dolor persistente 2 años después del parto puede ser de hasta un 21%. Los factores de riesgo que se han asociado a la aparición de DL en el embarazo incluyen una menor edad y antecedentes previos de DL. La persistencia de dolor después del parto se ha asociado con una mayor edad y peso.

El DL está considerado la complicación más frecuente durante el embarazo. Así, el 67% de las embarazadas refieren DL por la noche en la segunda mitad de la gestación. En un estudio realizado en la Universidad de Copenhague, con una muestra de 1.600 mujeres embarazadas, se demostró que al menos el 14% de ellas sufrió durante el embarazo dolor pélvico y lumbar.

Los factores principales asociados con la aparición de DL en la gestante son factores mecánicos y de tipo hormonal.

La presentación clínica son síntomas frecuentemente moderados, aunque también pueden ser severos e incapacitantes. Se ha reportado que el dolor es leve a

moderado en el 50% de los casos y severo en el 25% de las embarazadas. Frecuentemente, la aparición del dolor ocurre alrededor de la semana 18 de embarazo, y la máxima intensidad se observaría entre las semanas 24 y 36. En el posparto, el dolor desaparece en el 93% de los casos en los primeros 3 meses, mientras que el 7% de los casos restantes tienen un alto riesgo de DL prolongado. El dolor se localiza en la región sacra y glútea, descrito como profundo, careciendo de distribución radicular. El tratamiento de la lumbalgia en una mujer embarazada es mucho más complejo que para la población general. Los elementos más importantes de la mayor parte de los tratamientos conservadores para el DL incluyen reposo, analgesia y educación, si bien cualquier plan terapéutico debe individualizarse. Hay que tener en cuenta las implicaciones para la madre y el feto, y mientras sea posible, buscar alternativas terapéuticas no farmacológicas con intervenciones conservadoras no quirúrgicas ni farmacológicas, de naturaleza no invasiva. Si se requiere algún analgésico, el paracetamol es el de elección. Los AINE no deberían usarse, ya que pueden producir teratogénesis y mayores tasas de abortos espontáneos.

La Cochrane publicó en 2008 una revisión de estudios para evaluar la respuesta a intervenciones para la prevención y el tratamiento del dolor pélvico y el dolor de espalda durante el embarazo. Se vio que los ejercicios de fortalecimiento adaptados, los programas de ejercicios de sentarse con la pelvis inclinada y la gimnasia acuática dan resultados beneficiosos. Además, la acupuntura pareció ser más efectiva que la fisioterapia. Los efectos adversos, parecieron ser menores y transitorios.

La publicación ha sido actualizada en 2013 y aunque con pruebas de moderada calidad, afirma que la fisioterapia, la osteopatía, la acupuntura, una intervención multimodal (ejercicio y educación), o la adición de una faja alivian de forma considerable el dolor lumbopélvico, en comparación con la atención habitual.

Según Gutke el reposo en cama no tiene fundamento científico. Ha demostrado ser ineficaz e, incluso, contraproducente prolongando la discapacidad si es superior a 2 días, favoreciendo el incremento de peso, lo que deteriora aún más la condición de sobrecarga espinal fisiológica y acentúa la percepción de discapacidad. Los efectos de la inmovilización son, pues, negativos.

Por tanto, un programa de ejercicio físico tiene efectos beneficiosos para la madre y para el feto disminuyendo el DL. Realizar ejercicio moderado y controlado por especialistas que combinen tonificación, higiene postural y estiramientos de la zona lumbar, como yoga o Pilates, ayudará a mantener la espalda fuerte y bien tonificada. Se deben realizar ejercicios de estiramiento del músculo cuadrado lumbar, de los rotadores de la cadera y del músculo dorsal ancho. Sin embargo, re-

specto al Pilates, Mazzarino, en su revisión sistemática, indica que aún existen pocas pruebas para indicar que dicha técnica mejore la salud de las gestantes. Ozdemir señalan que un programa de ejercicio de 4 semanas, incluyendo consejos de salud individualizados para aliviar el DL y pélvico, mejora el estado funcional en mujeres embarazadas.

La hidroterapia también es aconsejable y debe acompañarse con ejercicios fuera de la piscina. Los efectos fisiológicos del agua como método de terapia son: analgesia, efecto sedante, efecto antiinflamatorio, relajante muscular y disminución de la rigidez articular. Los contenidos principales del trabajo en seco son: maniobras de estiramientos musculares, ejercicios de calentamiento, flexibilidad, potenciación y estabilización funcional lumbopélvica.

Los protocolos cinésicos para el tratamiento del DL en embarazadas consisten en conseguir la reducción de la lordosis lumbar mediante ejercicios de fortalecimiento abdominal, de inclinación pélvica, manipulaciones sacroilíacas y la educación de técnicas apropiadas para levantar y manipular objetos, y acerca de las posiciones correctas para dormir y sentarse.

5 Discusión-Conclusión

El embarazo es una de las principales causas de DL en nuestra población.

Más de las dos terceras partes de las embarazadas presentan DL y casi la quinta parte tiene dolor pélvico. El DL es la complicación más frecuente durante el embarazo.

Son factores de riesgo el trabajo estresante, DL previo y dolor lumbopélvico relacionado con un embarazo previo.

Cursa son síntomas moderados, aunque también pueden ser severos e incapacitantes.

Su abordaje, preventivo y terapéutico, debe ser multidisciplinar. La higiene postural es una de las medidas básicas para su prevención.

Los elementos más importantes de la mayor parte de los tratamientos conservadores para el DL incluyen reposo, analgesia y educación.

Los métodos a emplear deben basarse en intervenciones conservadoras no quirúrgicas ni farmacológicas, de naturaleza no invasiva.

Así, la fisioterapia, la manipulación osteopática, la acupuntura, una intervención multimodal (ejercicio y educación) o la adición de un cinturón pélvico rígido alivian de forma considerable el dolor lumbopélvico, en comparación con la atención habitual.

A pesar de todo, son pocas las mujeres que buscan tratamiento y rehabilitación. Dado el impacto significativo en su calidad de la vida, los distintos profesionales de la salud deben ser proactivos y tratar dicha afección lumbar.

6 Bibliografía

[1]

M. Seguí Díaz, J. Gervás.

El dolor lumbar.

Semergen, 28 (2002), pp. 21-41

[2]

L.G. Jenis.

Monograph Series. Low back pain.

American Academy of Orthopedic Surgeons, (2005).

[3]

M. Munjin, F. Llabaca, J. Rojas.

Dolor lumbar relacionado al embarazo.

Rev Chil Obstet Ginecol, 72 (2007), pp. 258-265

[4]

Medline.

Capítulo 236

QUISTE DE BAKER. TRATAMIENTO DE FISIOTERAPIA

SILVIA MONTOYA FERREIRO

1 Introducción

El quiste de Baker o quiste poplíteo, es un acúmulo de líquido sinovial en la bursa gastrocnemio-semimembranosa, cuyo diagnóstico se basa en la presencia de datos clínicos característicos y su confirmación mediante técnicas de imagen. En su patogenia intervienen todos aquellos procesos capaces de incrementar la producción del líquido sinovial.

Fue descrito por primera vez en 1840 por Adams; posteriormente, Baker en 1877 publicó su experiencia sobre esta entidad, lo que dio origen a que su nombre pasase a designar este tipo de quistes.

Se origina por 4 factores: la comunicación entre la bursa gastrocnemio-semimembranosa; el efecto válvula en esta comunicación; la diferencia de presión entre la articulación y la bursa, y por último un factor patológico que estimule la producción de líquido por parte de la sinovial. En este sentido, la existencia de alteraciones o enfermedades que producen derrame en la rodilla favorece que se desarrolle el quiste.

Suele cursar con tumefacción con sensación de masa en el hueco poplíteo seguida y dolor en la zona posterior de la rodilla y la pantorrilla; también rigidez que generalmente empeora con el ejercicio, y limitación para la flexoextensión. En la exploración, en bipedestación puede detectarse una tumefacción del hueco poplíteo en el lado afectado; en decúbito supino se palpa con la rodilla en semiflexión, y al extender la rodilla se hace más tenso y prominente¹⁴. Cuando se rompe el quiste, se extravasa el líquido sinovial y se produce una reacción inflamatoria

con hinchazón dolorosa de la pantorrilla, impotencia funcional, enrojecimiento, con aumento de la temperatura cutánea, edema, que puede extenderse a distancia afectando tanto al pie como al muslo (síndrome seudotromboflebítico). En ocasiones aparece fiebre y leucocitosis.

2 Objetivos

Con este estudio lo que se pretende es describir un quiste de Baker
Exponer cómo realizar un tratamiento fisioterapéutico adecuado
Identificar las posibles complicaciones.

3 Metodología

Se realiza una revisión sistemática utilizando revistas, libros especializados, y las bases de datos Pubmed, Scielo, peDRO, Medline y Google Scholar. Se emplearon como descriptores: esguince de tobillo, fisioterapia, tratamiento, clasificación. Se utilizaron como criterios de inclusión textos en castellano o inglés, y como criterios de exclusión aquellos que careciesen de acceso libre o fuesen irrelevantes para el tema tratado.

4 Resultados

El diagnóstico se basa en el examen clínico junto con resonancia magnética (RM) y la ecografía siendo la ecografía la más utilizada.

Las causas principales son: problemas inter-articulares, lesiones meniscales, problemas de artrosis y artritis, lo que produce una producción excesiva de líquido sinovial.

Tratamiento recomendado consistirá en medidas antiinflamatoria acompañadas de rehabilitación.

La primera fase del tratamiento se basará en fisioterapia y AINEs y si esta no funcionara la cirugía mediante la extirpación.

En la primera fase de tratamiento se debe disminuir la actividad física, para evitar así que la inflamación se agrave.

Medidas antiinflamatorias:

- Ultrasonido: Usaremos de forma pulsátil en la primera fase de la patología.
- Diatermia resistiva, utilizaremos esta técnica para trabajar sobre tejido profundo, disminuyendo la inflamación en toda la rodilla, actuando desde la parte

superficial con la modalidad capacitiva, y profundizando hasta la articulación con la función de diatermia resistiva.

- Microondas
- Ondas corta, de forma pulsátil.
- Crioterapia: hielo durante las primeras horas

Medidas analgésicas: Todas estas técnicas se utilizaran para modular el dolor.

- Movilización articular oscilatoria
- TENS analgésicos
- Masaje terapéutico de la musculatura alrededor de la rodilla (poplíteo, gemelo, soleo, isquiotibiales)
- Punción seca
- Estiramientos globales del miembro inferior orientados a
- Movilidad articular para descongestionar el área afectada.

Si el quiste de Baker se rompe puede causar calor, enrojecimiento y dolor en su pantorrilla.

Estos síntomas pueden ser los mismos que si tuviera un coágulo sanguíneo en las venas de las piernas y es en este caso donde la RNM y la ecografía están indicadas. La ruptura también puede ocasionar complicaciones propias como el pinzamiento de un nervio tibial, bloqueo de la arteria poplíteo o un Síndrome compartimental el cual constituye una emergencia médica que requiere cirugía inmediatamente. Puede ocasionar daño permanente en los músculos si no se trata enseguida.

5 Discusión-Conclusión

El Quiste de Baker es un acúmulo de líquido sinovial en la bursa de la rodilla.

La ausencia de derrame en bursa suprapatelar no descarta totalmente la presencia de un Quiste de Baker.

Sin la ecografía, parte de estos quistes escapan al diagnóstico clínico y es fundamental realizarlas en caso de complicaciones.

El tratamiento principal se basa en fisioterapia y AINES y en menor medida cirugía.

Los quistes del hueco poplíteo se forman a expensas de líquido sinovial originado, reactivamente, en el contexto de una enfermedad osteoarticular crónica degenerativa

(artrosis) o por reumatismos inflamatorios, fundamentalmente la artritis reumatoide. También están asociados a traumatismos, como lesiones meniscales o lig-

amentosas agudas.

6 Bibliografía

[1] Curl WW..

Popliteal cysts: historical background and current knowledge..

J Am Acad Orthop Surg, 4 (1996), pp. 129-33

Medline

[2] Baker WM..

Formation of abnormal synovial cyst in connection with the joints..

St Barth Hosp Rep, 13 (1877), pp. 245-61

[3] Sansone V, De Ponti A, Paluello GM, Del Maschio A..

Popliteal cysts and associated disorders of the knee: critical review with MR imaging..

Int Orthop, 19 (1995), pp. 275-9

Medline

[4] Mollá E, Martí-Bonmatí L, Llombart R, Dosdá R..

Prevalencia y características de las complicaciones de los quistes de Baker mediante resonancia magnética..

Rev Clin Esp, 201 (2001), pp. 179-83

Medline

[5] Wolfe RD, Colloff B..

Popliteal cyst..

J Bone Joint Surg, 54A (1972), pp. 1057-63

[6] Cobo T, De Miguel E, Bonilla G, García Aparicio A, Hernández A, Martín Mola E..

Patología asociada al quiste de Baker..

Rev Esp Reumatol, 30 (2003), pp. S302

7. Álvarez López, A., Soto Carrasco, S. R., & García Lorenzo, Y. D. L. C. (2018).

Quiste de Baker. Revista Archivo Médico de Camagüey, 22(5), 829-846.

8. López, A. Á., Carrasco, S. R. S., & Lorenzo, Y. D. L. C. G. (2018). Quiste de Baker. Archivo Médico Camagüey, 22(5), 669-677.

Capítulo 237

LA IMAGEN MAMOGRÁFICA Y LAS VARIACIONES ENTRE LOS SISTEMAS DE OBTENCIÓN

JULIO CESAR PELLEJERO BOSQUE

1 Introducción

La imagen mamográfica es la obtención de una imagen de los tejidos mamarios internos al exponer dichos tejidos a un haz de rayos x, producido por un generador de rayos x y siendo estos rayos atenuados de manera selectiva por los tejidos de la mama, pasando por una rejilla antidifusora, interactuando los rayos x con el receptor de imagen y siendo finalmente absorbidos por el dispositivo de registro como una imagen latente.

Para obtener la mejor imagen de mamografía diagnostica posible, son necesarios algunos requisitos técnicos como:

- Incluir la mayor cantidad posible de tejido mamario en el área de la imagen.
- Producir la imagen con un contraste adecuado de todas las partes de la mama, permitiendo así la detección de las diferentes atenuaciones del haz de rayos x entre los tejidos sanos y los enfermos.

Dicha imagen se puede obtener de dos maneras distintas con el sistema convencional y el sistema digital.

El sistema convencional cuyo sistema película-pantalla intensificadora, etapas de adquisición, presentación de la imagen y el archivo de la misma ocurren en un único medio, la película radiográfica.

El sistema digital, en cambio es substituido por un detector electrónico o por una placa de imagen de fósforo fotosensible.

Dichos cambios suponen unas diferencias entre la calidad de la imagen y métodos de almacenamiento entre ambos.

2 Objetivos

Objetivo principal:

- Revisar las similitudes entre ambos métodos.

Objetivos secundarios:

- Revisar la diferencias entre ambos métodos.
- Exponer las características de ambas técnicas.
- Identificar cual es la imagen que menos irradia al paciente.

3 Metodología

Para la elaboración de este trabajo se ha llevado a cabo una investigación consistente y cuidadosa en una revisión bibliográfica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática y exhaustiva de libros habiendo consultado también diversos artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de distintas publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

En la mamografía convencional, el sistema película-pantalla intensificadora (SFS, del inglés screen-film system), las etapas de adquisición, presentación y archivo de la imagen ocurren en un único medio, la película radiográfica. El SFS todavía es ampliamente utilizado debido a una serie de ventajas, tales como: la gran resolución espacial de hasta 20 pares de líneas por milímetro, que permite mostrar estructuras finas espiculares y microcalcificaciones; alto contraste, que permite la visualización de tejidos con diferencias muy sutiles de densidad; el uso de negatoscopios de alta luminosidad que mejoran la visualización de áreas de alta densidad óptica (oscuras) en las imágenes; y la facilidad para ordenar las películas en el negatoscopio, lo que permite la presentación simultanea en varios negatoscopios de imágenes con proyecciones realizadas durante el tamizaje y las proyecciones complementares realizadas posteriormente, así como de exámenes anteriores.

La posibilidad de usar películas de 18 cm x 24 cm y 24 cm x 30 cm, permite la radiografía de las mamas en todos los tamaños. Además, la tecnología SFS es relativamente barata y consolidada en la práctica de la mamografía a más de 30 años, aparte de la película ser un dispositivo de almacenaje con un bajo costo.

Aún con todas las ventajas mencionadas anteriormente, el SFS presenta algunas limitaciones. Entre ellas, la limitada gama de valores de tonos de gris o rango dinámico reducido.

Teniendo en cuenta que la película actúa como un único medio para la adquisición, presentación y almacenamiento de la imagen, si alguna de esas etapas no está en condiciones

óptimas, la calidad puede verse afectada y, de esa forma, perjudicar el objetivo de la mamografía.

La mamografía digital es una técnica radiográfica de la mama en la cual el SFS, usado como receptor de imagen en la mamografía convencional, es sustituido por un detector electrónico (sistema de DR) o por una placa de imagen (IP) de fósforo fotoestimulable (sistema CR). En el sistema DR, cada elemento de la matriz del detector electrónico absorbe los rayos X transmitidos a través de la mama, produciendo una señal eléctrica proporcional a la intensidad de los rayos X. Esta señal es convertida en formato digital y almacenada en una memoria del computador para formar la imagen por medio de un programa (software).

En el sistema CR, la placa de imagen de fósforo fotoestimulable es colocada dentro de un chasis, haciendo con que los rayos X transmitidos a través de la mama sean absorbidos, almacenando su energía en la estructura cristalina. Cuando el chasis es introducido en la unidad digitalizadora, la placa de imagen es escaneada y la energía almacenada en la estructura cristalina es liberada, punto a punto, por medio de estimulación a laser, produciendo una luminiscencia proporcional a la intensidad de los rayos X que alcanzaron cada punto. La luminiscencia emitida es detectada y amplificada por un tubo fotomultiplicador, que produce una señal eléctrica de salida proporcional a la luminiscencia emitida por el punto estimulado en la placa de imagen. De la misma forma que en el sistema DR, esta señal es convertida en formato digital y almacenada en la memoria de una computadora para posteriormente formar la imagen por medio de un programa.

Durante el escaneo de la placa de imagen en la unidad digitalizadora, la imagen registrada hasta ahora en modo continuo es convertida para el formato digital en forma de un mapa de bits.

Una de las características fundamentales de la mamografía digital está relacionada con el hecho de que los procesos de adquisición, presentación para interpretación y almacenamiento de la imagen, son realizados de modo independiente

uno del otro, permitiendo así la optimización de cada uno.

Así que es almacenada en la memoria del computador, la imagen digital puede ser usada para interpretación con un contraste independiente de las características del detector y que puede ser ajustado por el médico que las visualiza. Este aspecto de la imagen digital supera una de las mayores limitaciones de la mamografía convencional, que es la escala fija de tonos de gris. Es importante recordar que la misma está definida por la curva característica de la respuesta de la película, la técnica radiográfica, la composición de la mama y el procesamiento.

Otra diferencia importante entre la mamografía convencional y la digital está relacionada con el hecho de que, en el sistema convencional, la cantidad de radiación utilizada para producir la imagen está altamente influenciada por la capacidad de la pantalla intensificadora de absorber la energía suficiente de los rayos X para transformarla en luz, exponiendo la película y alcanzando la densidad óptica deseada.

En la mamografía digital, la ventaja del sistema de imagen está en el hecho de que el mismo puede ser controlado electrónicamente, permitiendo que la cantidad de radiación sea ajustada en función de la relación señal-ruido más adecuada al examen.

Entre las ventajas de los detectores digitales, sobresale la respuesta lineal en un rango bastante amplio de intensidad de los rayos X y el bajo nivel de ruido del sistema.

Otras ventajas de la mamografía digital son: el alcance dinámico del orden de 1.000:1, cuando comparado con la mamografía convencional, que es del orden de 40:1; la desvinculación de las diferentes etapas de adquisición, presentación y almacenamiento de la imagen, la posibilidad de manipulación dinámica y del procesamiento posterior de la imagen, lo que permite aumentar la visualización de los hallazgos radiológicos de interés.

5 Discusión-Conclusión

El resultado de estas investigaciones concluye en el resultado de que la imagen convencional aunque teniendo las ventajas de una gran resolución espacial, un alto contraste en la imagen radiográfica, el uso de negatoscopios de alta luminosidad con su consecuente facilidad de ordenación de las imágenes en dichos negatoscopios, además de ser una práctica consolidada y barata presenta flagrantes deficiencias como una limitada gama de valores de gris además de que las condiciones de almacenamiento de la película radiográfica afecta considerablemente en la calidad de la imagen, aumentando así el número de irradiaciones al paciente para

obtener una imagen útil, a diferencia de la imagen digital que las condiciones de almacenamiento no afectan a la calidad de la imagen al ser un sistema automático y tener una escala dinámica de tonos de grises, ambas características permiten una menor irradiación al paciente.

Concluyendo así que la imagen digital supera a la imagen convencional al proteger al paciente al no irradiarlo mas de lo necesario.

6 Bibliografía

1. Actualización para técnicos en mamografía/Instituto Nacional de Cáncer José Alencar Gomes da Silva. Divisão de Detecção Precoce e Apoio à Organização de Rede; organización Anna María Campos de Araújo. – Rio de Janeiro: Inca, 2018. 128 p.: il.

ISBN 978-85-7318-336-8 (versión impresa).

ISBN 978-85-7318-337-5 (versión electrónica).

Capítulo 238

LA IMAGEN EN RAYOS X

RAÚL MORENO MARTÍN

RAFAEL CABAÑAS ESTÉVEZ

ROSARIO RODRIGUEZ DIAZ

1 Introducción

Para producir imagen de diagnóstico de calidad es necesario entender cómo afectan determinados aspectos físicos al proceso de adquisición de la imagen; unos dependen de la propiedad de los tejidos corporales (estos no se pueden modificar) y otros dependen de los determinados parámetros que se podrían seleccionar en nuestros equipos de rayos X. Uno de los principales objetivos en la radiografía médica es que la representación del objeto sea fiel y dé la mayor información posible sobre las estructuras del mismo. La fidelidad y la riqueza de la información contenida en la representación suele evaluarse en términos de la calidad de la imagen. La calidad de imagen no puede medirse en una escala simple. Los rayos X se producen por el choque de electrones emitidos por un cátodo contra los elementos de un ánodo. Son, pues, el producto de la transformación de la energía cinética de los electrones en energía electromagnética (rayos X). Es un proceso muy poco eficiente, ya que el 99% se convierte en calor y sólo el 1% en rayos X. La dosis de radiación es una medida y cuenta con la cantidad de energía absorbida por algo o alguien cuando se expone a los rayos X, la cual puede ser radiación directa o indirecta. Esto es importante ya que es esta absorción de energía lo que puede causar daños a una persona.

Los rayos X, o radiografía, utilizan una dosis muy pequeña de radiación ionizante para producir imágenes de cada parte del cuerpo. Se utiliza comúnmente para di-

agnosticar huesos fracturados o dislocación de articulaciones. Los factores que contribuyen a aumentar la proporción de radiación dispersa que llega al detector son el kilovoltaje (cuanto más alta sea la energía del fotón de rayos X, más probabilidades hay de que un fotón disperso llegue al detector) y el volumen irradiado (cuanto mayor sea el volumen irradiado, mayor cantidad de fotones sufrirán dispersión). Por tanto, un objetivo importante de cara tanto a la protección radiológica como a la calidad de la imagen es la eliminación completa o al menos una reducción importante de la componente de radiación dispersa.

2 Objetivos

Ampliar información sobre la utilidad de los rayos X y protección radiológica.

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

Reducción del kilovoltaje Los valores de tensión o kilovoltaje (kV) y la carga de disparo (mAs) van a condicionar el número de fotones que alcanzan el sistema de imagen. El kilovoltaje controla esencialmente la penetración y el contraste, de modo que reducciones del kilovoltaje mejorarán el contraste, sin perder de vista que también disminuye la penetración del haz. En general, trabajar con valores bajos de kilovoltaje va a implicar mejoras de contraste y disminuciones de la radiación dispersa aunque, si se desea obtener un número de fotones adecuado en el sistema de imagen hay que aumentar drásticamente la carga de disparo. Ambas modificaciones (disminución de la tensión y aumento de la carga) dan lugar a incrementos de dosis para el paciente, pues. Por ello debe alcanzarse un compromiso entre una dosis mínima con una calidad de imagen compatible con el diagnóstico. Es evidente a partir de todo lo expuesto hasta ahora que el haz de radiación tiene una gran importancia en la calidad de imagen final del estudio radiológico y en la dosis recibida por el paciente como consecuencia de dicho

estudio. Reducción del volumen irradiado Hay dos posibles formas de minimizar el volumen del paciente sometido a radiación:

Limitar el tamaño del haz al mínimo posible (irradiar sólo la anatomía del paciente de la que se desea obtener una imagen) y reducir el espesor del paciente mediante compresión. Limitación del tamaño del haz (colimación): La cantidad de radiación dispersa producida en el paciente se disminuye si se restringe el campo de radiación al área de interés. Esto se consigue utilizando los sistemas de limitación del haz o colimadores. Por ésta y otras razones (relacionadas con la protección radiológica del paciente y del personal), los equipos de radiodiagnóstico están provistos de dichos sistemas. Los colimadores están formados por varios niveles de láminas de plomo, cada uno de los cuales consta de dos pares de láminas planas y perpendiculares entre sí. Las láminas pueden moverse a voluntad para agrandar o reducir el tamaño del haz de radiación. El sistema incorpora también un haz luminoso para simular la geometría del haz de rayos X. Esto se consigue con una lámpara que, colocada lateralmente, emite luz sobre un espejo inclinado que la refleja en la dirección adecuada. Como es obvio, es importante que el haz de luz esté perfectamente alineado con el haz de radiación ya que, en caso contrario, se producirían problemas con el área irradiada.

Compresión de tejidos: Se emplea fundamentalmente para disminuir el espesor del paciente. Se utiliza fundamentalmente en estudios de digestivo y en mamografía, y requiere el uso de algún instrumento de compresión. Además de su utilidad para inmovilizar al paciente y disminuir el espesor, presenta como ventajas adicionales la obtención de una exposición más uniforme y una cierta mejora de nitidez en la imagen por estar el objeto más próximo a la película.

5 Discusión-Conclusión

La absorción de rayos X por un tejido dependen de cuatro aspectos; los números atómicos (Z) de los tejidos que atraviesan los rayos, la densidad del tejido, el espesor del tejido, atravesado y la energía de los fotones de rayos X. En efecto, un haz de radiación con un kilovoltaje más alto o una filtración de tubo elevada (lo que hemos definido como una calidad de haz alta) será más penetrante y atravesará más fácilmente los tejidos del paciente, alcanzando el sistema de imagen sufriendo una atenuación menor. Ello se traducirá fundamentalmente en una reducción importante de la dosis en la superficie de entrada del paciente y, en una disminución de la dosis efectiva, aunque en mucha menor medida. Sin embargo la utilización de haces más penetrantes, como va a producir un incremento de la proporción de radiación dispersa que llega al detector con la consecuente pérdida

en la calidad de imagen por emborronamiento de la misma.

6 Bibliografía

http://csn.ciemat.es/MDCSN/recursos/ficheros_md/626164653_2411200913139.pdf

- López Moranchel I, Maurelos Castell P I. Características de los equipos de radiología convencional. Fundamentos físicos y equipos. Madrid: Editorial Síntesis; 2017.

Capítulo 239

LOS GRANDES DESCUBRIDORES EN LA HISTORIA DE LA RADIOLOGÍA

RAFAEL CABAÑAS ESTÉVEZ

ROSARIO RODRIGUEZ DIAZ

RAÚL MORENO MARTÍN

1 Introducción

La radiación siempre ha existido y hemos convivido con ella desde su aparición hasta la actualidad. Se identificó esta radiación en 1895, en el momento que Wilhelm Kourad Roentgen descubrió los rayos X.

Hemos conseguido controlar la energía en la medicina, las posibilidades de diagnóstico y la acción terapéutica.

Se ha dado a conocer en profundidad la fisiología humana y las causas de las enfermedades, ofreciendo un tratamiento y mejorando la calidad de vida de las personas.

Cuando Pierre Curie recibió el premio novel en 1903. Destacó que generaría daño a la humanidad, pero que tendríamos más beneficios. Debemos reconocer que así fue, dando su vida al descubrimiento.

A lo largo de la historia de la radiología entre los siglos XIX y XX podemos destacar los siguientes descubridores: Wilhelm Konrad Roentgen, Antoine Henri Becquerel, Pierre y Marie Curie. En este capítulo se revelarán los descubrimientos de cada uno, dejando huella en la historia mundial de la ciencia.

Röntgen fue el que invento el primer aparato de rayos X entre octubre y diciembre de 1895 y en una junta dio a conocer su descubrimiento en Enero de 1896.

Usando una lámpara de Hittorf- Crookes y un carrito tipo Ruhmkorff, de inducción de un modelo bastante desfasado.

2 Objetivos

- Conocer a los principales descubridores de la radiología
- Descubrir los principales logros de cada uno
- Aportar información sobre la radiología en el mundo

3 Metodología

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

4 Resultados

1. WILHELM KONRAD RÖNTGEN

Experimentó con tubos de vidrio con gas a baja presión, donde introducía campos eléctricos intensos, sabiendo que se iluminaba al realizarlo. El señor Röntgen se dedicó al estudio de la fluorescencia de algunas sales y el oscuro del papel fotográfico en el que incidían los rayos.

El 8 de noviembre de 1895, se cercioró de que la camisa de cartón y estaño no era atravesada por la luz emitida, apagó la luz y descubrió que en su mesa, fuera del tubo, había un punto de luz. Al encender descubrió de donde procedía esa luz y era un papel con sales fluorescentes. Observó que los rayos producidos eran invisibles, que fue emitidos por el tubo y cruzó varios materiales para llegar al papel de sales.

Luego vio la sombra de un alambre que interfería entre el tubo y el papel. Probó con diversos materiales que no daba sombra. Cotejó entre varias anchuras de aluminio, cobre, plata, zinc, plomo y aluminio a la radiación invisible, Descubriendo que 1,5 cm de plomo evitaban la fluorescencia del papel.

Se radiografió su mano sin saberlo. Siendo la primera en el mundo. Pensó en registrarlas en placas fotográficas, donde radiografió varios objetos.

La mano de su esposa fue la primera radiografía que fue en diciembre de 1895, posteriormente hizo una publicación científica y después anunció su descubrimiento.

Los rayos invisibles que pasaban por el tubo los llamo rayos X, para diferenciarlos de las demás radiaciones. Fue muy primordial este descubrimiento para la medicina, ya que podrían dar mejores diagnóstico y tratamientos, recibiendo en 1901 el premio novel de física.

2. ANTOINE HENRI BECQUEREL

Hijo de Jean Becquerel, profesor de física en el Museo Nacional de Historia Natural. Se interesó por la electricidad, magnetismo, fenómenos ópticos y la energía. Se interesó en los rayos infrarrojos, sobretodo el espectro de diferentes cristales. Continuó lo que inició su padre y comprobó la relación entre la absorción de luz y la emisión de luz fluorescente de algún compuesto de Uranio.

Al descubrir lo de Roentgen, este se dedicó a ver la relación entre la radiación invisible y la luz visible, creía que todos eran luminiscentes, incitados de la misma manera, generaban rayos x. Comprobaba colocando los cristales fluorescentes en una placa fotográfica con papel opaco, en la que solo una radiación penetrante alcanzaría la emulsión. Lo sometió al sol durante varias horas, incitando los cristales, obteniendo la imagen en las sales al revelar la placa. Al usar las sales de uranio que usaba Becquerel, debido al clima de París en febrero, no pudo utilizar el sol para investigar en sus experimentos y guardó las placas de sales en un cajón oscuro.

Días después reveló las placas y vio la silueta de las sales, sin haber estado expuestas al sol. Fue interpretado como fluorescencia metálica. Siguió sus estudios y descubrió que cualquier sal de uranio fluorescente o no, generaba radiaciones penetrantes. En 1898 descubrió que el Torio también producía radiación. La emisión de estas radiaciones, hoy en día se llama radioactividad.

Becquerel se produjo una lesión en la piel con una radiación que llevaba en el bolsillo de su chaleco, los médicos se interesaron en investigar los efectos biológicos de las nuevas radiaciones. Por eso, le consideraron al padre de la radiobiología.

3. PIERRE Y MARIE SKLODOWSKA CURIE

El primer trabajo de Pierre científico fue un cálculo de la longitud de onda de las ondas calóricas en 1878. En su tesis estudió el magnetismo y sus resultados los llamó la ley de Curie que fusionó la respuesta magnética con la temperatura.

Marie luchó por sus estudios junto a su hermana, haciendo un pacto. Al terminar sus estudios de medicina, su hermana se lleva a París a Marie. Donde consigue

su carrera de licenciatura de ciencias físicas y finaliza su maestría en ciencias matemáticas.

Marie comenta sus trabajos a un científico Polaco, del cual le recomienda asesorarse con Pierre y los invita a té en su casa. Pierre se enamora de Marie. Fueron debatiendo por sus estudios hasta que Pierre le pide visitarla y ella le da su dirección. La relación va cuajando hasta que se casan y tienen a su primera niña.

Marie se interesa por los trabajos de Roentgen sobre los rayos X y los de Becquerel sobre la radioactividad natural, escoge para su tesis de maestría en física: «la conductividad del aire a través de pruebas cuantitativas de la actividad radiante». Donde descubre que el torio es más radioactivo que el uranio. Lo comunica a la Academia de Ciencias en 1898, recomendando que la radioactividad es una propiedad atómica, ya que es independiente del estado químico o físico y que podría haber elementos más activos.

La pareja Curie investiga en nuevos elementos y en julio de 1898 separan por dilución un mineral de uranio (pechblenda), uranio y torio. Hallan a Polonio por el lugar que nació Marie. En diciembre aceleran el Polonio y descubren un nuevo elemento mucho más radioactivo, que lo llaman Radio.

Tras 4 años trabajando el matrimonio de trabajo complicado, con gran esfuerzo físico, obtuvieron la décima parte de un gramo de radio puro. Según avanzaba en las investigaciones vieron que tenía un problema dermatológico, por el manejo de materiales radioactivos. Pierre le aplicó una cantidad de radio en el brazo de Marie y descubren las diferentes etapas de la piel. La primera fase descubren que que se queda rojizo, luego salen vesículas que se rompen y dejan a la piel sin protección (efecto llamado radio-dermatitis húmeda).

La curación se realiza del borde al centro, con la piel más fina y una aureola más oscura, lo cual, más expuesta a otro daño posterior. Pierre comienza los estudios con animales, prestando tubos de vidrio con gas radioactivo Radón, para el estudio clínico de tumores a través de la radiación.

Marie sigue con sus estudios y en junio de 1903 presenta su tesis de doctorado en ciencias físicas “Investigaciones de las sustancias radioactivas”. Ese mismo año, tanto la pareja como Becquerel reciben el premio nobel de física.

En abril de 1906, Pierre es arrollado por un coche de caballos donde fallece, El cual recibe Marie su cátedra en La Sorbona, siendo la primera mujer que lo recibe.

Marie recibe el premio nobel de química en 1910 y el siguiente año con el apoyo de Pasteur y la Universidad de Paris, funda el Instituto de Radio con dos edificios gemelos, uno para física y matemáticas, dirigido por Marie y el otro estudios médicos con la dirección de Paul Regaud.

Surgiendo las primeras contribuciones radiobiológicas y se instaura la radioter-

apia moderna.

Irene, la hija de la pareja. Sigue estudiando el descubrimiento de sus padres e investigó sobre las sustancias radioactivas.

Irene se casa con Frederic Joliot, alumno del laboratorio de su madre. Ambos descubren la radioactividad artificial, descubriendo avances en la medicina nuclear y con ello, diagnóstico y tratamiento de muchas enfermedades.

Otro descubrimiento de Irene y su esposo fue la reacción en cadena, violó un acuerdo y construyeron la primera bomba atómica.

En 1934, Marie fallece a causa de anemia aplásica, seguramente por el manejo de radiación de los elementos radiactivos.

5 Discusión-Conclusión

Para empezar quiero ofrecerles una mención especial a estos descubridores principalmente porque son los que dedicaron toda su vida e incluso arriesgándose por su vida para describir algo que les causaba intriga. Gracias a ellos nos ha causado curiosidad de esta profesión de Técnico superior en imagen para el diagnóstico y medicina nuclear. Su uso se utiliza para el diagnóstico y tratamiento médico en hospitales y centros de investigación. Hoy en día, la radiología se usa tanto para humanos como animales, pero también se utiliza para ocasiones especiales como para que se observen en una escultura de madera dañada por alguna plaga.

La radiología evoluciona día a día, gracias al trabajo continuo de ciertas máquinas de diagnóstico y la protección, ofrecidas hoy en día para realizar estudios oportunos sin dañar nuestra salud.

6 Bibliografía

- <http://www.pasajealaciencia.es/2011/pdf/23-mariecurie.pdf>
 - <http://analesranf.com/index.php/discurso/article/viewFile/1703/1718>
 - <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=382538488010>
 - <http://e-spacio.uned.es/fez/eserv/bibliuned:revista100cias-2017-numero10ne-5265>
- Marie_Curie.pdf
- https://www.researchgate.net/profile/Angel_Pozuelo/publication/308984079_La_luz_X_de_Roentgen_y_la_ciencia_espanola_del_final_del_siglo_XIX_Apuntes_de_Ciencia/links/57fcacea08aea0db5a40df82/La-luz-Xde-Roentgen-y-la-ciencia-espanola-del-final-del-siglo-XIX-Apuntes-de-Ciencia.pdf

Capítulo 240

NEGATOSCOPIO ÓSEO. DEFINICIÓN Y USO

RAFAEL CABAÑAS ESTÉVEZ

ROSARIO RODRIGUEZ DIAZ

RAÚL MORENO MARTÍN

1 Introducción

La medicina, se ha visto muy influenciada fuertemente por cambios, consolidándose como una disciplina más científica y con gran utilidad de la tecnología. Algunos descubridores arriesgaron su vida para descubrir cosas que hoy en día se sigue utilizando mucho más digitalmente. No sabían que la invención acarrearía problemas de salud, ya que no existía información para ser protegido ante los rayos X. Gracias a estos descubridores, se investigó los problemas de salud que acarrearía, de hecho, la salud fue en progreso. Las radiografías en sus inicios se veían en ventanas contra la luz o una bombilla. Los paneles translucidos con retroiluminación homogénea eran llamados Negatoscopios, tardaron en llegar a hospitales y centros de investigación porque se creía que no eran necesarios. Algunas personas se negaron a utilizarlos. Algunos profesionales los utilizaban casi a escondidas en los servicios de radiología y para poder compartir dudas entre profesionales. En los años 90 del siglo pasado se empezaron a encontrar en las consultas y atención primaria. Pronto cambiaron los tubos fluorescentes por luces led que consumen menos y son más eficientes para el medio ambiente. Se utilizaron por poco tiempo ya que gracias a la digitalización y su proyección en ordenadores se han hecho innecesarios hoy en día.

2 Objetivos

- Saber el uso de este dispositivo
- Clasificar los tipos de negatoscopios que existen.
- Informar de los requisitos básicos que debe tener un negatoscopio

3 Metodología

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

4 Resultados

El negatoscopio es un artilugio por el cual se visualizan las radiografías a través de una iluminación en un cajón por transparencia del negativo.

Tienen forma rectangular o cuadrada y se colocan en la mesa o en la pared para tenerlo cerca cuando se necesite ver una placa radiológica.

Funcionan a través de unos tubos fluorescentes con un voltaje alto, aunque en los últimos años se fabricaron con tecnología led, que consumen menos y son más eficientes,

La luz iluminaba la pantalla de acrílico y sobre ella se ponía la placa radiográfica, gracias a eso se visualizaba el negativo de la radiografía.

Estos van regulados por una normativa en la que requiere unos requisitos:

- El brillo debe ser de una luminancia de 1500 cd/m^2 (Candelas por metro cuadrado) si es radiología convencional y de 5000 cd/m^2 en mamografías. El luxómetro es esencial una vez al año o tras una reparación.
- Es necesaria también una iluminación ambiental adecuada. En la sala esta iluminación ha de ser menor a 100 lux, porque es una iluminación muy extensa y puede provocar reflejos.

Existen diferentes modelos según el uso que va a recibir:

- Mural: montado en la pared y hay diferentes tamaños.
- Mesa o pupitre: con una base más ancha para colocarlos sobre la mesa y evitar caídas. Es un equipo portátil que lo puedes transportar a cualquier sitio.
- Dental u odontológico, utilizado por profesionales odontólogos.

- Motorizado: compuesto por varios paneles motorizados y controles que obtienes radiografías anteriormente cargadas.

Hay diferentes tipos: los generales y los que se usan para mamografías

- Generales: se visualizan cualquier radiografía general y debe cumplir los requisitos de brillo anteriormente citado. Aquí también se incluye el dental.

- Mamografías: se caracteriza porque tiene mayor potencia de luminosidad, ya que el tubo ha de ser mayor a 5700.

Hoy en día está en desuso o se utiliza muy poco porque ahora, gracias a la digitalización, las radiografías no se imprimen y se ven a través de un monitor en el que es capaz de ampliar zonas que requieran para mejor visión y por lo tanto mejor diagnóstico.

5 Discusión-Conclusión

Anteriormente se vería a contraluz para realizar un tratamiento o un diagnóstico eficaz en la época.

La verdad que ver una radiografía en una ventana tenía que ser una gran aventura, cualquier sombra que hubiera en la luz podría ser un obstáculo en la visión de la radiografía. Según el uso existen diferentes modelos según la utilización del negatoscopio: mural, de mesa o pupitre, odontológico o motorizado. Fue una pena no inventarlo antes para ampliar el uso del negatoscopio en clínicas, hospitales y centros de salud, ya que la era digital la eliminó casi por completo del uso y ahora casi están de forma decorativa.

6 Bibliografía

- <https://materialmedico.org/negatoscopio/>
- <https://definicion.de/negatoscopio/>
- <https://www.antonsl.es/blog/negatoscopio/>

Capítulo 241

PROTOCOLOS DE LAS RADIOGRAFÍAS DE TÓRAX PEDIÁTRICAS: EL PAPEL DEL TÉCNICO DE RADIODIAGNÓSTICO Y MEDICINA NUCLEAR

BEATRIZ DEL PINO FERNÁNDEZ

MELISA DEL HORNO DÍAZ

MARIA PILAR SANCHEZ FABRA

JOSÉ ENRIQUE VERDÚ CHUMILLAS

MARIA INMACULADA LOSA MARÍN

1 Introducción

La radiología pediátrica abarca desde la edad prenatal hasta la edad adulta. La radiografía de tórax se utiliza para el diagnóstico de las zonas del mediastino, el corazón, la pared torácica, la vía aérea, los pulmones y los vasos pulmonares. Va desde los ápex pulmonares hasta los senos costofrénicos.

En neonatos es muy probable necesitar portátiles para poder realizar las radiografías en las proyecciones posteroanterior y en decúbito supino o sedestación. En cambio, para los adolescentes que tengan un gran tamaño, se van a utilizar protocolos muy parecidos a los de los adultos.

Los técnicos de rayos debemos de conocer los protocolos para poder realizar las diferentes proyecciones que existen, hay que adaptar las técnicas para que vayan enfocadas a los niños en función de su peso, cuerpo y edad, y así evitar sobrepasar las dosis de radiación. Una de las cuestiones más importantes es saber comunicarnos con los padres, explicarles bien la prueba, que les quede claro la posición y que entiendan que la radiación es mínima, para eso disponemos del principio ALARA (tan bajo como sea razonablemente posible).

Otra de las características a tener en cuenta por el técnico, es que la sala de radio-diagnóstico pediátrica cuente con un entorno agradable y adaptado a los niños, que esté cuidado y limpio.

2 Objetivos

Conocer el papel del técnico superior en imagen para el diagnóstico (TSID) en la realización de las radiografías de tórax pediátricas.

3 Metodología

Para la elaboración de este trabajo, se ha realizado una investigación en la cual se han utilizado para la revisión bibliográfica dos libros que son esenciales en el trabajo de un técnico, son: el manual para técnico superior en imagen para el diagnóstico y medicina nuclear de la sociedad española de radiología médica y el Bontrager que es el manual de posiciones y técnicas radiológicas, también se ha consultado un artículo mediante un buscador en internet. Además se han proporcionado conocimientos propios adquiridos tanto en el estudio del grado como en las prácticas realizadas.

4 Resultados

La radiografía es el estudio más utilizado, dado que es un estudio que no es invasivo, sirve para diagnosticar tanto enfermedades como para localizar cuerpos extraños, ya sea por inhalación o por tragarlos, reconocer una neumonía, ver si existen tumores, enfermedades de las vías aéreas. Utiliza dosis pequeñas de radiación y se puede utilizar en cualquier parte del cuerpo.

Los protocolos más utilizados en niños son: o Ap de tórax pediátrico (con el tablero en la mesa): se pone al niño en decúbito supino con los brazos y las piernas extendidos, ya sea con ayuda de herramientas o cintas o en caso de no disponer

de ellos necesitaremos ayuda de sus padres, por ello la importancia de informar bien a los padres, así será más efectiva su colaboración. Protección gonadal, el rayo centrado en los campos medios pulmonares, colimación estrecha. o Pa de tórax pediátrico en posición erguida: el niño sentado en el asiento.

En ambas proyecciones los técnicos tenemos que conseguir que se vean los pulmones completos desde los vértices hasta los ángulos costofrénicos. o Lateral de tórax pediátrico: si es neonato se hará tumbado en la mesa encima del chasis en decúbito lateral izquierdo, si es más mayor se realizará sentado o de pie. El técnico deberá centrar el rayo para conseguir que se vean los pulmones completos al igual que en las proyecciones anteriores y además, ver desde el esternón por delante hasta las costillas por detrás.

Todas las imágenes deben ir debidamente etiquetadas con el nombre y apellidos del paciente, el hospital donde se realiza la prueba, la fecha en la que realizamos la radiografía, debemos recordar poner cual es el lado derecho o izquierdo de la zona a estudiar. Uno de los aspectos que debemos tener en cuenta en cuanto a la protección de los pacientes no solamente es colocar los protectores correspondientes ya sea el gonadal, tiroideo... es conocer y cumplir la regla de oro en radiodiagnóstico que es el principio ALARA.

5 Discusión-Conclusión

El papel del técnico en imagen en radiodiagnóstico y medicina nuclear es clave en este campo, ya que no solamente nos vamos a centrar en realizar la radiografía, sino que también vamos a preparar la sala para que sea confortable y proporcione seguridad, que los pacientes se sientan cómodos y con confianza, debemos tener la habilidad de informar a los padres para su colaboración, e intentar que el niño sea lo más cooperante posible, por supuesto hemos de conocer los protocolos, para que no haya que repetir la radiografía y así evitar más radiación a los pacientes, además si se aplican correctamente los protocolos conseguiremos los criterios necesarios para que la imagen sea lo suficiente nítida y podamos facilitar el trabajo al médico y así pueda diagnosticar lo más preciso posible.

6 Bibliografía

1. J. Azpeitia, J. Puig, R. Soler. Radiología pediátrica. Manual para Técnico Superior en Imagen para el Diagnóstico y Medicina Nuclear; SERAM; editorial Panamericana. Pág. 366-377.

2. (Internet) Rayos X en niños, página repasada en 13/08/2019, disponible en: <https://www.radiologyinfo.org/es/info/pediatric-xray#44fe26a780e8454da096a4c2ab693861>
3. John P. Lampignano y Leslie E. Kendrick. Bontrager, Capítulo 1 Tórax. Manual de posiciones y técnicas radiológicas, novena edición, ELSEVIER. Pág. 15-19.

Capítulo 242

EL TÉCNICO DE IMAGEN EN RADIODIAGNÓSTICO Y MEDICINA NUCLEAR EN ATENCIÓN PRIMARIA

BEATRIZ DEL PINO FERNÁNDEZ

MELISA DEL HORNO DÍAZ

MARIA PILAR SANCHEZ FABRA

JOSÉ ENRIQUE VERDÚ CHUMILLAS

MARIA INMACULADA LOSA MARÍN

1 Introducción

El principal uso de los rayos X en atención primaria es en el campo odontológico. Las radiografías en este campo se utilizan para dar información al odontólogo y que pueda diagnosticar al paciente y ponerle un tratamiento adecuado. Algunos de los diagnósticos sirven para ver si el paciente tiene caries o problemas periodontales. A pesar de la poca radiación que produce una radiografía dental siempre hay que tener en cuenta que los efectos de la radiación son dañinos, hay que intentar radiar lo mínimo posible y siempre con justificación.

El técnico en imagen para el diagnóstico y medicina nuclear se encarga de realizar dichas pruebas tanto a niños como a adultos, les explica el procedimiento para que no se muevan cuando vean la máquina girar a su alrededor, le indica la posición que deben adoptar y debe cerciorarse de que en la imagen se ven

nítidamente la pieza o piezas dentales que el odontólogo ha solicitado para su diagnóstico. Existen varios tipos de radiografías según la valoración de las piezas dentales que se pidan, como radiografías dentales extraorales o radiografías dentales intraorales.

2 Objetivos

Conocer las funciones del técnico superior en imagen para el diagnóstico (TSID) en atención primaria en el área de odontología.

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

Anatomía dental: la boca está dividida en maxilar superior e inferior que es donde se encuentran las piezas dentales, al total lo llamamos dentadura. Disponemos de distintos tipos de dientes: incisivos 8 son afilados para cortar los alimentos, caninos 4 puntiagudos para desgarrar los alimentos son los denominados colmillos, premolares 8 sirven para masticar y desgarrar, y molares 12 que sirven para moler.

En el servicio de odontología los maxilares se dividen en 4 cuadrantes: 1 superior derecho; 2 superior izquierdo; 3 inferior izquierdo y 4 inferior derecho, en cada uno de ellos hay ocho piezas dentales y que cada uno tiene un número que está identificado con dos dígitos, con estos dígitos el odontólogo sabe reconocer el diente que es y en que cuadrante se encuentra. En el caso de los niños solo existen cinco piezas dentales por cuadrante.

Se pueden realizar varias radiografías según sean: o Radiografías dentales intraorales: radiografías periapical o radiografía de aleta/mordida. o Radiografías dentales extraorales: ortopantomografía, tomografía axial computarizada (TAC) dental, cefalometría o telerradiografía.

A continuación detallamos las siguientes pruebas:

☒ Proyecciones periapicales, de aleta de mordida y oclusales:

- Periapical: en el centro tiene una película radiográfica, por detrás una lámina de plomo y dos láminas de papel (por delante y por detrás), todo está envuelto en una funda de plástico. Para identificar la lateralidad tiene una muesca en relieve, para conocer la orientación y colocación de los dientes utilizamos la parte más anterior posterior.
- Aleta de mordida: los pacientes muerden en una lengüeta de papel, se disparará con dirección perpendicular a la radiografía apical.
- Oclusales: sirve para evaluar los dientes o superiores o inferiores anteriores, evalúa la extensión y el tamaño de la lesión, las fracturas de los dientes anteriores, para traumatismos, debido a que la colocación es directa. El haz de rayos x tiene que ir perpendicular, es la más grande y se introduce entre los dientes, se pueden conseguir muy buenas proyecciones centrando bien el tubo, colocando bien la placa y modificando la posición del sillón tanto cabecero como respaldo.
- Ortopantomografía: es la radiografía dental más utilizada, también se la conoce como radiografía panorámica, permite que obtengamos una visión completa de la boca. Ofrece al dentista una información muy valiosa tanto de los dientes como del hueso. La máquina que utilizamos los técnico en radiodiagnóstico para este tipo de prueba recibe el nombre de ortopantomógrafo. Permite detectar desde caries hasta periodontitis. También se utiliza para localizar muelas del juicio que aún no han salido y así poder sacarlas sin necesidad de que hayan salido. Otro de sus usos es para los tratamientos de la ortodoncia.

Se trata de una prueba indolora, el paciente lo único que tiene que hacer es morder una lengua que está en el aparato, la máquina realiza un escaneado de la boca, el paciente debe estar quieto.

Es una radiografía rápida, cómoda, todo queda en una sola imagen, se ven todas las estructuras de la boca, la radiación es mínima.

Principales diferencias entre radiología convencional y digital:

En la radiología convencional hay más dosis de radiación, se utilizan líquidos reveladores y fijadores, utilizamos chasis y placas radiográficas, la calidad de la imagen depende en una parte del revelados, de los estados de los líquidos, la temperatura y el tiempo que usamos esos líquidos. A veces hay que repetir la radiografía por defectos en el revelado, y tiene más gasto económico de consumibles.

En la radiología digital mandamos menos dosis de radiación, se registra todo automáticamente, no utilizamos líquidos, ni chasis, la calidad es mayor que en la anterior, se suele repetir menos radiografías y gasta menos de consumibles.

5 Discusión-Conclusión

Los técnicos en radiodiagnóstico y medicina nuclear ejercemos un papel muy importante a la hora de trabajar realizando este tipo de pruebas. Primero tenemos que recibir al paciente, indicarle la sala a la que debe acceder, decirle todo lo que se tiene que quitar para que no obstaculice en las radiografías, le explicaremos cómo se realiza la prueba que el odontólogo le ha mandado, acomodaremos al paciente indicándole como de posicionarse para que la radiografía salga lo mejor posible y no haya que repetirla, hay que cerciorarse de que en la imagen se ve claramente lo que nos ha solicitado el médico correspondiente. En algunos sitios donde no existen enfermeros el técnico debe conocer en profundidad el tema de los contrastes por si tiene que trabajar en su uso siempre bajo la responsabilidad del médico. Debemos mantener limpia la máquina, cambiar el protector de la lengua que muerden los pacientes para que no haya contagios de ningún tipo, tranquilizar a los pacientes para que no se muevan y la radiografía sea clara, sobre todo en el caso de los niños.

6 Bibliografía

1. <http://www.needgoo.com/competencias-del-tecnico-superior-en-atencion-primaria/>
2. <https://scielo.isciii.es/pdf/odonto/v36n3/0213-1285-odonto-36-3-131.pdf>
3. Concepción González Hernando. María Soledad Carmona Rodríguez. Cristina Cortés León. Carmen de la Rosa Ruiz. María del Pilar Fernández Peñarrubia. Lorenzo Galán Camino. Javier García Laborda. Rocío González Costero. Óscar Gutiérrez Salcedo. Ana Piazza Dobarganes. María del Prado Reyero Lafuente. Juan Antonio Tejedor García. María del Carmen Vega Carrasco. Técnicas de radiología especial. Exploración radiológica intraoral y ortopantomográfica. Pag. 155-185. Arán.

Capítulo 243

EL TÉCNICO DE IMAGEN EN RADIODIAGNÓSTICO Y MEDICINA NUCLEAR EN EL SERVICIO DE PEDIATRÍA ANTE UN CASO DE MALTRATO INFANTIL

BEATRIZ DEL PINO FERNÁNDEZ

MELISA DEL HORNO DÍAZ

MARIA PILAR SANCHEZ FABRA

JOSÉ ENRIQUE VERDÚ CHUMILLAS

MARIA INMACULADA LOSA MARÍN

1 Introducción

Se considera que el maltrato infantil es cualquier daño ocasionado intencionadamente a un menor de 18 años, adopta distintas formas: maltrato físico cuando se pone en riesgo su integridad física. Abuso sexual cuando se tiene contacto oral-genital, relaciones genitales o se le explota sexualmente. Maltrato emocional es cuando afecta a su autoestima o bienestar social a través de ataques emocionales o verbales, al igual que si se aísla al niño se le rechaza o se le ignora. Maltrato médico es cuando no se le brinda la oportunidad de ser atendido en caso de en-

fermedad. Por último abandono, que es cuando no se le proporcionan alimentos, atención médica, educación, supervisión, atención dental, afecto.

No nos podemos olvidar del síndrome de Münchhausen, es una enfermedad pero también una forma de maltrato infantil, donde el adulto que se encarga del niño, normalmente es la madre, inventa enfermedades, síntomas ya sean físicos o psíquicos para que el niño reciba atención médica o incluso sea ingresado. A veces llegan incluso a lesionar al niño para que los síntomas que eran falsos sean reales y el niño parezca enfermo.

En muchos casos el maltrato infantil es realizado por una persona conocida por el niño, como por ejemplo sus padres.

Ante la sospecha de maltrato o para confirmarlo en el servicio de radiología se estudiará cada región anatómica con una radiografía separada, nunca se realizará una radiografía del cuerpo entero. Debemos obtener una proyección frontal de cada extremidad, se deben obtener proyecciones oblicuas derecha e izquierda de la caja torácica. Si se considera necesario, la proyección Towne de la cabeza y la lateral de algunas articulaciones. En caso de la serie ósea sea negativa pero la sospecha de maltrato es alta, es interesante repetir el estudio al cabo de una semana.

2 Objetivos

Indicar cómo debe actuar el técnico superior en imagen para el diagnóstico (TSID) en el servicio de pediatría ante la sospecha de maltrato infantil.

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

El maltrato infantil afecta cerca de 12000 niños al año. El estudio mediante serie esquelética se recomienda para niños menores de 2 años. A raíz de las dos

semanas del estudio principal es recomendable realizar un seguimiento por si apareciesen nuevas fracturas.

Signos de abuso físico: moretones, fracturas, quemaduras, lesiones inexplicables y lesiones que no coinciden en absoluto con las explicaciones dadas. El comportamiento parental a veces nos da señales, como cuando no se preocupan, culpan al niño por los problemas, disciplina física dura.

La radiología convencional es uno de los pilares fundamentales para la identificación y el diagnóstico del maltrato infantil. También es de gran utilidad la tomografía axial computarizada (TAC), la resonancia magnética y la ecografía.

El estudio esquelético estándar es:

☒ AP: húmero, antebrazos, fémures, piernas parte inferior, pies, tórax, pelvis incluyendo columna lumbar, cráneo.

☒ PA: manos.

☒ Oblicua: manos.

☒ Lateral: tórax, columna lumbar, columna cervical y cráneo.

☒ Esqueleto axial.

Las proyecciones anteroposterior (AP) y lateral de cráneo son imprescindibles aunque ya se le haya hecho un TAC, porque las fracturas en el plano axial pueden parecer desapercibidas en la tomografía.

Es un estudio fundamental, si hay presencia de fracturas complejas craneales, hemorragias junto con signos externos de abandono y si a eso añadimos que los hallazgos de la lesión no coincide con lo que cuentan los padres, es prácticamente diagnóstico de maltrato infantil.

Es típico o específico de maltrato infantil:

- Cuando en los huesos propios de la nariz se aprecia fractura que lo deforma, a lo que se le suele llamar nariz de boxeador.
- Fracturas craneales con hundimiento.
- Cuando la fractura de cráneo sea múltiple, bilateral o cruce las suturas.

Feldman encuentra muy frecuente las fracturas costales encontrándolas en un 15 por 100 de sus casos.

A las dos semanas es aconsejable realizar un seguimiento con otra revisión esquelética radiológica que nos permitirá la determinación más precisa de la edad de las lesiones, pero también nos dará información sobre la falta de cambios den los intervalos para indicarnos si los hallazgos son una variante anatómica normal o se relacionan con displasia ósea. Se sugiere que si un lactante gemelo está lesionado, el otro presenta riesgo y se le debería de realizar un estudio esquelético. La gammagrafía ósea también se usa en el caso de diagnóstico para el maltrato, su aplicación intenta demostrar los cambios óseos unas horas después de la agresión

cuando estas aún no pueden verse en las radiografías, sobre todo las que afectan a los tejidos blandos. En el síndrome del niño maltratado la causa de mayor mortalidad y morbilidad es el daño cerebral. La resonancia magnética es la mejor elección para valorar la presencia de lesiones intracraneales, contusiones, edema cerebral y lesiones por desgarro., aunque la tomografía computarizada solo es superior a esta en la detección de la hemorragia subaracnoidea y cuando queremos valorar lesiones de la bóveda craneal. Para evaluar las lesiones tóraco-abdominales que son graves en el caso de maltrato infantil, se puede proceder a la realización de una ecografía o una tomografía computarizada para ver una pancreatitis, ruptura gástrica, hematoma, desgarro mesentérico, fracturas de costillas, etc. En niños menores de un año consideramos la ecografía un estudio inicial. La tomografía computarizada ofrece mejores resultados que la resonancia magnética en tórax y abdomen, aun así la resonancia magnética es muy precisa en las lesiones articulares en los niños mayores.

5 Discusión-Conclusión

A lo largo de este capítulo, hemos podido aprender que un técnico en radiodiagnóstico y medicina nuclear ante un caso de maltrato infantil, debe observar no solamente las lesiones físicas, sino también el comportamiento de los familiares e incluso el comportamiento del propio niño para poder observar ver señales. Una vez se sospeche que puede haber maltrato infantil hay que seleccionar las pruebas que se realizarán al paciente eligiendo las más apropiadas según la edad del niño, las partes que queremos ver y el tipo de diagnóstico que queremos. Es importante que después de la primera serie de radiografías se realice pasado un tiempo otro de revisión para corroborar las lesiones, si son de maltrato o de algún tipo de enfermedad. No olvidar las lesiones que más confirman un maltrato para diagnosticarlo lo antes posible, y coger las lesiones con el menor grado posible. Debemos actuar con precaución porque nuestro papel es muy importante al ser el primer contacto que va a tener el niño antes de evaluar todas las pruebas, debemos de mantener la calma y seguir el protocolo del propio centro, siempre actuando para el bien del paciente que en ese momento es nuestra prioridad.

6 Bibliografía

1. <https://www.mayoclinic.org/es-es/diseases-conditions/child-abuse/symptoms-causes/syc-20370864>

2. <https://www.elsevier.es/es-revista-radiologia-119-articulo-el-papel-del-radiologo-ante-S003383381600062X>
3. <https://scielo.isciii.es/pdf/cmfn43-44/02.pdf>
4. J. Azpeitia, J. Puig, R. Soler. Radiología pediátrica. Manual para Técnico Superior en Imagen para el Diagnóstico y Medicina Nuclear; SERAM; editorial Panamericana. Pág. 376.

Capítulo 244

ELECTROFORESIS EN GEL DE AGAROSA. PREPARACIÓN Y PROCEDIMIENTO

CELIA FERNÁNDEZ VILLA

1 Introducción

La electroforesis en gel es una técnica usada para dividir fragmentos de ADN u otras macromoléculas, como ARN y proteínas, por su tamaño y carga. La electroforesis se apoya en ejercer una corriente por medio de un gel que tiene las moléculas de interés. Basado en su tamaño y carga, las moléculas se desplazarán por el gel en diferentes direcciones o a diversas velocidades, con lo cual se dividen unas de otras.

Cada una de las moléculas de ADN poseen la misma proporción de carga por masa. Gracias a esto, la electroforesis en gel separa los fragmentos de ADN solamente por su tamaño. La electroforesis nos permite ver cuántos fragmentos de ADN diferentes se retienen en la muestra y cómo se relacionan entre sí. Además, tenemos la posibilidad de decidir la medida absoluta de un fragmento de ADN examinándolo con una escala estándar de fragmentos de tamaño conocido.

El gel de agarosa es el soporte más usado para hacer la división de los fragmentos de ADN. A esta técnica se la llama además electroforesis de los ácidos nucleicos. La división de los fragmentos de ADN se puede hacer además en gel de poliacrilamida. Tanto el gel de agarosa como el de poliacrilamida son soportes restrictivos para los ácidos nucleicos.

2 Objetivos

- Explicar el proceso de preparación de la muestra de gel de agarosa.
- Describir el procedimiento que se lleva a cabo para la realización de la electroforesis.
- Conocer cómo se lleva a cabo la preparación de las disoluciones que hacen posible su proceso.

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

En cuanto a la preparación de la muestra, lo primero que se va a hacer va a ser extraer los ácidos nucleicos del núcleo celular y amplificarlos con la PCR. Luego se prepara una disolución con la muestra, lo mejor será usar el mismo tampón que se usará en la electroforesis, e incorporar sacarosa (40% p/v), glicerol (30% p/v) o Ficoll (15% p/v), para incrementar su densidad y facilitar la siembra. Se preparará el gel de agarosa para conseguir el máximo de resolución, suelen emplearse geles de 15-20 cm de largo y 3-4 mm de grosor. Se hidrata la agarosa con la solución tampón durante unos 10 minutos. Se lleva la solución a ebullición, y se deja enfriar hasta unos 55 °C. Se vierte la solución en un molde; según se enfríe, irá gelificando. Se hacen los pocillos de siembra con un peine, que puede colocarse antes de verter la solución, o inmediatamente después, antes de que se forme el gel.

Para llevar a cabo la ejecución de electroforesis en gel de agarosa, tienen que prepararse, además, las disoluciones: solución tampón, sustancia reveladora y marcadores de peso molecular. La solución tampón, por ejemplo, tris-acetato 0,04M a pH 8, o TBE 5X. Se le acostumbra a adicionar uno o diversos marcadores electroforéticos, que son moléculas coloreadas con una movilidad electroforética mayor a cualquier elemento de la muestra. Entre los marcadores más usados se hallan la dinitrofenil-lisina (DNPLys) y el azul de bromofenol. La sustancia reveladora como el bromuro de etidio (BrEt). Esta sustancia se intercala en medio

de las bases nitrogenadas del ADN y emite fluorescencia una vez que se ilumina con luz ultravioleta. Se puede ejercer en la etapa de revelado, aun cuando además se puede integrar al gel en la etapa de preparación. El BrEt es una sustancia mutagénica y está siendo sustituido por otros productos fluorescentes como el SYBR Green. Y los marcadores de peso molecular que poseen ADN de tamaño conocido y se utilizan como patrones electroforéticos de control.

En cuanto al proceso, vamos a colocar el tampón en la cubeta y se sumerge el gel en él; como el tampón cubre plenamente el gel, la electroforesis en agarosa además se llama electroforesis submarina. Esta disposición disipa mejor el calor creado por el paso de la corriente y se consigue un campo eléctrico bastante eficaz. Retiramos el peine y quedaran los pocillos descubiertos. Se llenan los pocillos con las muestras de ADN en disolución que hemos preparado, la densidad que le hemos dado provoca que cada muestra caiga en su pocillo por gravedad. Los volúmenes de muestra por pocillo son de unos 5 μ l y se dispensan con micropipetas. A continuación, cargamos uno o dos pocillos de los extremos con marcadores de peso molecular. Tapamos y conectamos a la fuente de alimento, ajustamos la magnitud de la corriente y el tiempo. Los ajustes resultan muy cambiantes, se acostumbra a calcular unos 5 V por cada centímetro de división entre electrodos. La electroforesis finaliza una vez que se ha producido la máxima división de los elementos de la muestra, pero sin sobrepasar los parámetros del soporte. Los marcadores que hemos incorporado a la solución tampón nos indican el instante en que debemos parar.

5 Discusión-Conclusión

La técnica de la electroforesis se utiliza para separar fragmentos de ADN principalmente, por su tamaño y carga. Se ejerce una corriente por medio del gel para separar los fragmentos por su tamaño y se podrá ver cuántos fragmentos de ADN se retienen en la muestra y como se relacionan. Lo primero que se va a realizar va a ser un proceso de preparación de la muestra. A continuación, para llevar a cabo la ejecución de electroforesis en gel de agarosa, tienen que prepararse, además, las disoluciones: solución tampón, sustancia reveladora y marcadores de peso molecular. Y, por último, tendremos el proceso que terminará cuando se haya producido la máxima separación de los componentes.

6 Bibliografía

1. Khan Academy [Internet]. Khanacademy.org. 2021. Disponible en: <https://es.khanacademy.org/science/ap-biology/gene-expression-and-regulation/biotechnology/a/gel-electrophoresis>
2. Electroforesis [Internet]. Biomodel.uah.es. 2021. Disponible en: <http://biomodel.uah.es/tecnicas/elfo/inicio.htm>
3. Rodríguez F. Electroforesis - Blog de Laboratorio Clínico y Biomédico [Internet]. Blog de Laboratorio Clínico y Biomédico. 2017. Disponible en: <https://www.franrzm.com/electroforesis/>
4. Método: Gel de electroforesis Agarosa [Internet]. Conogasi. 2017. Disponible en: <http://conogasi.org/articulos/metodo-gel-de-electroforesis-agarosa/>
5. Fierro F. Electroforesis de ADN [Internet]. Disponible en: <http://www2.inecc.gob.mx/publicaciones2/libros/710/electroforesis.pdf>
6. ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD OFICINA REGIONAL PARA EUROPA [Internet]. Disponible en: <https://gmo-crl.jrc.ec.europa.eu/capacitybuilding/manuals/Manual%20ES/Sesion5.pdf>

Capítulo 245

ASÍ AFECTA LA RADIACIÓN A LOS TÉCNICOS SUPERIORES EN IMAGEN PARA EL DIAGNOSTICO Y MEDICINA NUCLEAR

ROSA MARÍA MARTÍNEZ VALERO

FRANCISCO JOSÉ LARROSA ALCARAZ

ANTONIO FERNÁNDEZ SÁNCHEZ

LUCÍA FERRE ALCARAZ

SONIA LAGUNA PEREZ

1 Introducción

En este capítulo, hablaremos un poco de cómo afecta la radiación a nuestro trabajo, ya que como técnicos superiores en imagen para el diagnóstico y medicina nuclear, no podemos evitar el estar expuesto a varios tipos de radiaciones, ya que es algo que implica nuestro puesto de trabajo, y aunque usamos varios tipos de protección para la radiación, me gustaría exponer un poco los efectos secundarios que puede causar en nuestra vida, y cómo nos afecta la radiación, como profesionales.

Usando la protección adecuada, el riesgo de radiación que entra al cuerpo, es muy bajo, pero hay que tener en cuenta que no protegiéndose adecuadamente, pode-

mos sufrir varios riesgos, como pueden ser, problemas de infertilidad, la ceguera, el desarrollo de diferentes tipos de cáncer, mutaciones genéticas, enfermedades cardiovasculares, destrucción del sistema inmune, problemas en los riñones y pérdida de cabello, entre otros.

La radiación máxima para una persona que vive en el entorno de una instalación nuclear es de 1 miliSievert en un año, pero existe una restricción operativa de que no debe sobrepasar 0,1 miliSievert por año.

Las centrales están operando sin sobrepasar los 0,01 miliSievert año.

Este dato también sirve para el trabajo de un técnico de radiodiagnóstico, en un hospital, en salas de radiología.

2 Objetivos

- Conocer los riesgos a los que nos exponemos como técnicos en imagen para el diagnóstico.
- Observar cualquier efecto secundario que podamos tener por nuestra profesión.
- Saber que equipos de protección podemos usar para prevenir la radiación en nuestro cuerpo.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo de libro, se ha realizado una revisión bibliográfica 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

Como profesionales en el ámbito de la radiología, ya que somos técnicos superiores en imagen para el diagnóstico y medicina nuclear, tenemos que conocer el nuevo estudio que ha analizado los posibles riesgos para la salud relacionados con la radiación en los profesionales que realizan procedimientos cardiovasculares comunes usando fluoroscopia, una técnica de imágenes que usa rayos x para obtener en tiempo real imágenes del corazón en movimiento.

Estos procedimientos incluyen la angiografía coronaria para diagnosticar problemas del corazón y la angioplastia coronaria para ensanchar las arterias es-

trechadas, procedimiento que se realizan habitualmente en un laboratorio hospitalario de cateterismo cardiaco.

Así afecta la radiación a los trabajadores sanitarios

Según concluye un estudio que se publica en la revista de la Asociación Americana del Corazón, 'Circulation: Cardiovascular Interventions', los profesionales sanitarios que realizan radiografías guiados por procedimientos cardiovasculares pueden estar en mayor riesgo de sufrir trastornos de salud, incluyendo problemas ortopédicos, cataratas, lesiones en la piel y cáncer.

Así afecta la radiación a los trabajadores sanitarios

En comparación con los profesionales de la salud que no están expuestos a la radiación, los trabajadores del laboratorio de cateterismo (incluyendo médicos, enfermeras y técnicos) que fueron expuestos a la radiación durante una mediana de diez años registraban 2,8 veces más probabilidades de lesión de la piel; 7,1 veces más probabilidades de sufrir problemas ortopédicos (espalda/cuello/rodilla), y 6,3 veces más probabilidades de tener cataratas.

Además, entre los trabajadores de laboratorio de cateterismo, la exposición a la radiación estimada fue mayor para los cardiólogos intervencionistas y los electrofisiólogos. Las probabilidades de padecer problemas médicos también se elevaron para los trabajadores con más de 16 años de historia en el laboratorio de cateterismo. Después de ajustar por edad, sexo y tabaquismo, los trabajadores con más de 16 años en el laboratorio de cateterismo también presentaban tres veces más probabilidad.

5 Discusión-Conclusión

Con este trabajo, hemos intentado sacar las observaciones generales que pueden resumir los resultados obtenidos en nuestro trabajo.

Como profesionales en el ámbito de los rayos x, tenemos que ser muy conscientes de lo peligrosos que pueden ser los rayos, cuando alcanzan nuestro organismo, la cantidad de patologías que podemos desarrollar.

Por eso me parece muy importante conocer todos los dispositivos de protección, y equipos de protección individual, que podemos usar, cuando estamos trabajando, para así evitar que la radiación nos penetre al organismo, y evitar cualquier tipo de patología o efecto secundaria que pueda desencadenar en nosotros, y en todos los profesionales que trabajan en la sala de radiología hospitalaria.

6 Bibliografía

1. <https://www.eleconomistaamerica.com.ar/ciencia-eAm-mx/noticias/10189020/11/19/Ser-radiologo-tiene-riesgos-a-la-salud-conocelos.html>
2. <https://www.infosalus.com/asistencia/noticia-afecta-radiacion-trabajadores-sanitarios-20160413061334.html>
3. <https://www.passeidireto.com/arquivo/77063193/portfolio-radiologia-epi>

Capítulo 246

IMPORTANCIA DE LA RADIOGRAFÍA DENTAL

SONIA LAGUNA PEREZ

FRANCISCO JOSÉ LARROSA ALCARAZ

ROSA MARÍA MARTÍNEZ VALERO

ANTONIO FERNÁNDEZ SÁNCHEZ

LUCÍA FERRE ALCARAZ

1 Introducción

La odontología (odonto = diente, logía = estudio) estudia los dientes, la cavidad bucal y las estructuras relacionadas, incluyendo el diagnóstico y tratamiento de las enfermedades y el restablecimiento del tejido ausente o defectuoso.

La expresión salud dental hace referencia a todos los aspectos de la salud y al funcionamiento de la boca.

La radiología dental es fundamental en la práctica odontológica y ofrece proyecciones y técnicas variadas que el profesional podrá usar dependiendo del problema que tenga que resolver o estudiar.

La radiología dental representa en dos dimensiones un conjunto de tejidos que tiene tres dimensiones, superpone estructuras de densidades distintas por eso algunas áreas pueden resultar invisibles o aparecer defectuosas.

Para realizar una radiografía dental hay que considerar el espesor y densidad de objeto, el tamaño de la zona a radiografiar, el contraste de la imagen, el ángulo

del haz de rayos con respecto al objeto, la distancia entre el objeto y la placa y la densidad de la placa.

El paciente debe permanecer inmóvil, si lleva gafas se las tiene que quitar, igualmente con prótesis extraíbles, colgantes, pendientes, anillos, etc... El profesional tiene que proteger al paciente con delantal de plomo y collar tiroideo y hay que explicarle lo que se le va a realizar.

2 Objetivos

Conocer las técnicas radiográficas intrabucales.

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

Técnicas radiográficas intrabucales:

- Radiografías periapicales, para estudiar una pieza dental completa con el tejido y el hueso circundante.
- Radiografías interproximales o de aleta de mordida, sirven para el mayor número posible de dientes, el estudio de estructuras coronarias y detección precoz de lesiones.
- Radiografías oclusales, se usan para diagnosticar dientes supernumerarios, fracturas dentarias u óseas y dientes incluidos.

Extrabucales:

- Radiografías frontales, para el estudio de los senos para nasales.
- Radiografías laterales, hoy día casi no se usan debido a la aparición de otras técnicas radiográficas extrabucales que permiten apreciar con mayor exactitud las estructuras bucales como es la ortopantomografía.
- Ortopantomografía, permite observar ambas arcadas dentarias completamente mediante una técnica de tres ejes.

- Tomografías simples, se obtienen planos aislados seleccionados a voluntad del profesional, eliminando estructuras no deseadas.
- Tomografías computarizadas, se refleja en un ordenador la absorción de la radiación en una escala de grises que permiten visualizar las estructuras orgánicas.
- Resonancia magnética nuclear, no usa radiaciones ionizantes, por lo tanto es una técnica no invasiva, que recoge la señal que emiten los átomos de hidrógeno contenidos en el agua y grasas del cuerpo humano expuestos a un campo magnético.
- Radiografía dental computarizada, es una técnica nueva que empieza a implantarse en las consultas dentales, que irradia menos al paciente y la imagen es instantánea en un monitor de televisión.

En cualquiera de las técnicas radiográficas que se han descrito podemos hallar imágenes de cuerpos extraños y artefactos.

Los artefactos se deben a defectos de placa, mala manipulación durante el revelado, o mala inmovilización del paciente o del tubo de rayos.

La boca puede verse afectada por enfermedades, algunas infecciones y heridas, también por enfermedades sistémicas, el odontólogo puede detectar estos procesos antes que nadie.

5 Discusión-Conclusión

Cada vez más va aumentando la conciencia de la importancia de la salud dental y del grave impacto que las enfermedades bucodentales tienen en la salud, nutrición y bienestar en la edad infantil, de la misma manera que el continuo cuidado de la boca y de los dientes en la edad adulta, puede ayudar a prevenir la pérdida de los dientes, encías dolorosas u otros problemas.

La salud de nuestros dientes y boca está relacionada de muchas maneras con la salud y el bienestar general. La promoción de la salud bucodental debe formar parte de todos los programas de educación en salud y se deben poner a disposición de todos los individuos.

6 Bibliografía

- 1.Cordón Llera, F. (2006) , Esquinas Muñoz M^a Carmen. Odontoestomatología para auxiliares de enfermería. Formación continuada Loggos. 25,83,88 - 91, 227
- 2.Gutierrez E, Iglesias P. Técnicas de ayuda odontológica. Editex. 192

Capítulo 247

PROCEDIMIENTO INTERVENCIONISTA EN MAMA. PAAF - PUNCIÓN ASPIRACIÓN CON AGUJA FINA

ANA PILAR OCAMPOS ALVAREZ

1 Introducción

El progreso y la mejora más crucial en Ecografía ha tenido lugar con la ayuda al intervencionismo mamario, como guía imagenológica, aparte de que con la mejora de las sondas y sistemas ecográficos, la caracterización de masas y niveles de sospecha mediante la ecografía ha avanzado mucho. En concreto, el procedimiento de punción-aspiración con agua fina o PAAF en mama se desarrolla en Europa desde hace más de 40 años.

Esta técnica consiste en la punción del quiste mamario o lesión con una aguja muy fina unida a una jeringa, extrayendo por aspiración una pequeña cantidad de células para estudiarlas microscópicamente y así poder realizar un diagnóstico citológico lo más preciso posible (teniendo en cuenta que en el 15% de los casos no se llega a un diagnóstico), evaluando su evacuación completa o la presencia de cualquier líquido residual.

Esta técnica se puede realizar antes o en lugar de la biopsia excisional (biopsia con localizador). Necesita, en general, muy poca preparación por parte del paciente y las complicaciones que presenta el procedimiento son pocas, no dejando secuelas importantes. Se trata de una técnica rápida, barata, sencilla y poco dolorosa

cuya punción obtiene material para citología no siendo necesario anestesiarse a la paciente. Se realizan las punciones necesarias para obtener suficiente muestra (habitualmente, tres punciones).

2 Objetivos

Exponer la técnica de Punción Aspiración con Aguja Fina o PAAF, describiendo la misma, enumerando sus indicaciones y ventajas, así como citando sus escasos inconvenientes .

3 Metodología

Para la elaboración de este trabajo se ha llevado a cabo mayormente una revisión bibliográfica sistemática sobre la literatura científica existente, en este caso sobre todo basándonos en el diagnóstico por ecografía de lesiones mamarias. También se han consultado artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

Como se ha dicho, la PAAF o Punción Aspiración con Aguja Fina se puede realizar antes o en lugar de la biopsia excisional (biopsia con localizador). Esta técnica evalúa la evacuación completa del quiste o la presencia de cualquier líquido residual. La importancia de la visualización continua de la aguja calibre 21-18 gauge, influye en la seguridad para lesiones localizadas cerca de la pared torácica y así evitar posibles neumotórax o problemas en las mamas con prótesis. La técnica requiere de un operador dependiente (radiólogo) y el citólogo, que debe ser experimentado.

Este procedimiento está indicado para masas quísticas y quistes (masas que no reúnen los criterios de quiste simple, quistes no palpables o palpables que se desea controlar la evacuación, sospecha de absceso o quiste infectado). Es una técnica que, para la mama, puede efectuarse con rapidez y facilidad en la consulta, en lesiones palpables, o con la ayuda de guía mamográfica o ecográfica en centros, para nódulos no palpables, por ventana fenestrada o estereotaxia.

Además de las ventajas descritas, presenta tasas de sensibilidad aceptables y puede ser diagnóstica y terapéutica en lesiones quísticas, realizándose la terapia

y tratamiento en el mismo procedimiento. También permite la realización de estudios pronósticos a partir del material aspirado, como citometría y receptores de estrógenos y progesterona.

Presenta 2 inconvenientes y ambos son importantes: n.º de falsos positivos (con cirugía innecesaria y los problemas legales acarreados) y negativos (con citologías no diagnósticas) así como la toma de muestra inadecuada (por ej. material insuficiente). Como desventajas también está la producción de hematomas, edema o dolor que tornarían difícil la evaluación mamográfica posterior y que no puede diagnosticar cáncer multifocal ni tampoco diferenciar entre carcinoma in situ y carcinoma ductal invasivo.

5 Discusión-Conclusión

La PAAF es una técnica sencilla de llevar a cabo y a la vez económica. Presenta tasas de sensibilidad aceptables y puede ser tanto diagnóstica como terapéutica en lesiones quísticas mamarias, realizándose la terapia y tratamiento en el mismo procedimiento. También permite la realización de estudios pronósticos a partir del material aspirado, como citometría y receptores de estrógenos y progesterona. A pesar de los inconvenientes, aun así disminuye el número de biopsias quirúrgicas, lo que es muy importante con todas las ventajas que ello conlleva.

Como conclusión también cabe señalar que casi la mitad de las muestras en algunas series son catalogadas como material insuficiente y que una citología negativa no excluye malignidad y la positiva debe ser confirmada con biopsia.

6 Bibliografía

- 1- Manual de radiología para técnicos. Harcourt Stewart C. Bushong.
- 2- Diagnóstico por ecografía. Rumark Carol M, Wilson Stephanie R, Charboneau William J, Mosby-Year Book Inc. St. Louis, Missouri, USA, 1999.

Capítulo 248

LA TÉCNICA DE MAMOGRAFIA

FRANCISCO JOSÉ LARROSA ALCARAZ

ROSA MARÍA MARTÍNEZ VALERO

ANTONIO FERNÁNDEZ SÁNCHEZ

SONIA LAGUNA PEREZ

LUCÍA FERRE ALCARAZ

1 Introducción

La técnica de mamografía es un tipo de prueba medica especializada que emplea dosis de rayos x de baja radiación con fines diagnósticos, para la visualización del interior de los senos. El examen de mamografía es especialmente utilizado en el sexo femenino, siendo de gran ayuda en la detección de cualquier anomalía temprana y en un diagnostico acertado de las diversas enfermedades y patologías mamarias.

Para llevar a cabo esta tarea, contamos con el mamógrafo, encargado de realizar dicha prueba de diagnostico. Este equipo esta adaptado para conseguir la mayor resolución para una correcta visualización interna de la mama y de todas sus estructuras fibroepiteliales.

Mediante la función del mamógrafo se pueden apreciar las diferencias en la imagen entre lesiones malignas y benignas, dando lugar a un uso menor de energía, y con ello una menor radiación, permitiendo así, mejorar el contraste de los diferentes tejidos que conforman el seno mamario.

Se suelen realizar dos tipos de radiografías mamarias, de detección y de diagnóstico. Existen también dos tipos de mamografía: la mamografía convencional (ya casi en desuso por los nuevos aparatos adquiridos) y la mamografía digital claramente imperante en todos los ámbitos de la sanidad por su diagnóstico más certero.

2 Objetivos

Describir cómo se realiza la técnica de la mamografía.

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 examen de mamografía es de imprescindible ayuda a los médicos en el diagnóstico de cualquier patología mamaria. La paciente se pone en pie frente al mamógrafo. La mama se coloca en una plataforma especial, mientras se comprime con un pala transparente de plástico, quedando esta totalmente inmóvil.

Las placas aplanan la mama ejerciendo presión, dejando la mama lo más uniforme posible. La compresión es necesaria para la extensión del tejido evitando así, que queden ocultas pequeñas anomalías en tejido de mama superpuesto, manteniendo a la mama lo más firme y sujeta evitando movimientos y pueda dar una imagen borrosa.

Así es posible utilizar una dosis más baja de radiación al ser una cantidad más delgada de tejido evitando con ello y reduciendo la cantidad de radiación dispersa. La toma de imágenes se toma de arriba abajo y en ángulo lateral llamada fotosíntesis o mamografía tridimensional 3D, cuyas imágenes reconstruidas son similares a las realizadas en una tomografía axial computarizada (TAC).

La mamografía de detección se realiza en pacientes que no tienen cáncer de

mama ni sintomatología alguna. Esta prueba de prevención da como resultado una mayor reducción de el numero de muertes.

La radiografía de diagnóstico se realiza en personas que ya tienen un bulto, patología mamaria o cáncer, que junto con la biopsia que se realiza a la paciente por anatomía patológica confirma o descarta la malignidad del diagnostico.

Gracias a la mamografía con fotosíntesis se puede detectar una detección mas precoz de cáncer mas pequeños que pueden quedar ocultos en una mamografía convencional. Podemos obtener imágenes mas precisas de anormalidades en senos densos, obteniendo así mayor detección de tumores múltiples en la mama. Esto conlleva menos biopsias y demás pruebas adicionales.

Para la prueba se utilizan rayos x en dosis de baja radiación, quedando plasmada la imagen en un detector de imagen digital. Esto permite una gran ventaja a la hora del archivo y visualización por parte del personal sanitario.

5 Discusión-Conclusión

La técnica de mamografía reúne una gran cantidad de ventajas y beneficios frente a algún inconveniente que puede ocasionar. Es de fácil accesibilidad, puesto que se realiza en todos los centros hospitalarios y gran cantidad de grandes ambulatorios de la red nacional de salud.

También diferentes asociaciones de lucha contra el cáncer se desplazan a diferentes pueblos y zonas rurales con mamógrafos donde periódicamente se realizan pruebas mujeres donde normalmente no se desplazan por diversos motivos para realizarse este tipo de prueba. Utilizan muy poca radiación ionizante, es una prueba rápida y ambulatoria y que no requiere hospitalización.

La única molestia que ocasiona es la compresión de la pala contra la mama que según el umbral de dolor de algunas pacientes podrán soportar en diferente medida la molestia cuando su mama es presionada. Se puede decir que la mamografía es la técnica mas fiable, segura y accesible para el estudio de la patología mamaria

6 Bibliografía

radiologyinfo.org/es/info/mammo Mamografía medline-
plus.gov/spanish/mammography.html Mamografía breastcancer.org/es/pruebas-
deteccion/mamografias/tipos Técnica y tipos de mamografía.

Capítulo 249

SARCOMA DE EWING: QUE CONLLEVA SU DIAGNÓSTICO

SARA SÁNCHEZ DEL VALLE

1 Introducción

El sarcoma de Ewing es un tumor óseo maligno, que se forma en el hueso o en el tejido blando alrededor de ellos. El tumor puede originarse en cualquier parte del cuerpo, pero generalmente empieza en los huesos largos de los brazos y las piernas, la pelvis o el tórax, al igual que en el cráneo o en los huesos planos del tronco y con menos frecuencia aparece en los tejidos blandos del pecho, del abdomen o las extremidades, entre otras localizaciones. El tumor a menudo hace metástasis a los pulmones y otros huesos.

Se puede presentar en cualquier momento durante la niñez y comienzos de la edad adulta, pero generalmente se desarrolla en la pubertad, cuando los huesos están creciendo rápidamente. Es más común en niños de raza blanca, que en niños afroamericanos y asiáticos.

Los sarcomas se describen como localizados, localmente avanzados o metastásicos cuando se los detecta por primera vez. La tasa de supervivencia general a 5 años para el sarcoma es alrededor del 65%. Alrededor del 60% de los sarcomas se encuentran localizados, cuya tasa de supervivencia a 5 años para dichas personas es del 81%. Alrededor del 15% de los sarcomas se encuentran en un estadio metastásico y la tasa de supervivencia a 5 años para dichas personas es del 16%

2 Objetivos

- Conocer como se comporta el Sarcoma de Ewing y cuales son las principales pruebas utilizadas para el diagnóstico y los tratamientos más empleados.

3 Metodología

Para la elaboración de este capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre literatura científica existente. He consultado páginas web como: medlineplus.gov, mayoclinic.org, cancer.gov etc, seleccionando artículos procedentes de publicaciones científicas académicas revisadas.

4 Resultados

Aparecen pocos síntomas, entre ellos el cansancio sin causa aparente o una pérdida de peso inexplicable y el más común es el dolor y ocasionalmente la hinchazón y sensibilidad en el sitio del tumor.

Si se sospecha de un tumor, las pruebas utilizadas con más frecuencia tienen la finalidad de poder conocer la ubicación del tumor primario y poder observar cualquier indicio de metástasis. Entre ellas estarían: la gammagrafía ósea, radiografía del tórax, tomografía computarizada del tórax, resonancia magnética y radiografía del tumor. A continuación se realizaría una biopsia del tumor, ya sea a través de una punción para extraer una parte representativa del tumor o extirpar total o parcialmente el tumor a través de una biopsia quirúrgica, para a continuación realizar el estudio del tejido y poder determinar el grado de agresividad del tumor y cual es el mejor tratamiento.

El tratamiento suele comenzar con quimioterapia para reducir el tamaño del tumor, reducir el dolor e intentar detener la diseminación del cáncer para facilitar su extirpación mediante cirugía o el ataque con un tratamiento de radioterapia. Es posible que se recurra de nuevo a la quimioterapia al finalizar para prevenir la reaparición de células cancerosas. A veces, se lleva a cabo una cirugía reconstructiva para reparar la zona en la que estaba el tumor y el resto del tejido, utilizando un injerto de tejido vivo, un tejido de donante o tejido artificial.

No está clara la causa que produce el Sarcoma de Ewing, pero se sabe que comienza cuando una célula desarrolla cambios en su ADN. Esos cambios en

el ADN afectan más a menudo a un gen llamado EWRS1, que muy a menudo se fusiona con otro gen llamado FLI1, creando un nuevo gen llamado EWS-FLI1.

5 Discusión-Conclusión

Lo que dificulta el tratamiento y la recuperación en el Sarcoma de Ewing, es esa predisposición del tumor a la metástasis y a los efectos secundarios del tratamiento a largo plazo, no obstante los grandes avances en el tratamiento, han ayudado a mejorar las perspectivas de las personas que padecen este cáncer.

Un diagnóstico de Sarcoma de Ewing puede ser aterrador. Para poder afrontar esta nueva situación es importante informarse lo suficiente sobre ello, siempre con médicos especialistas, para poder tomar decisiones sobre la atención médica, mantener tus relaciones estrechas y fuertes para poder ayudarte a lidiar con ello y preguntar sobre las opciones de apoyo profesional de salud mental.

6 Bibliografía

- 1.www.kidshealth.org/es/parents/ewings/html
- 2.www.cancer.gov/espanol/tipos/hueso/paciente/tratamiento-ewing-pdq
- 3.www.contraelcancer.es/es/todo-sobre-cancer/tipos-cancer/cancer-huesos/tipos/tumor-ewing

Capítulo 250

ESTUDIO DE LA MAMA

SONIA LAGUNA PEREZ

FRANCISCO JOSÉ LARROSA ALCARAZ

ROSA MARÍA MARTÍNEZ VALERO

ANTONIO FERNÁNDEZ SÁNCHEZ

LUCÍA FERRE ALCARAZ

1 Introducción

La mamografía es un estudio de la mama que se realiza con un mamógrafo que usa radiación ionizante para detectar patologías de la mama como por ejemplo el cáncer de mama, que es la causa de muerte con mayor porcentaje en la población femenina.

Las mamografías se realizan a dos tipos de grupos dependiendo de su situación clínica, el primer grupo serían pacientes asintomáticas como estudios de cribado poblacional para detectar precozmente el cáncer de mama, el segundo grupo sería como diagnóstico en pacientes sintomáticas que tienen signos o síntomas relacionados con la mama, como puede ser cambio de tamaño o forma de las mamas, nódulo palpable al tacto, secreción del pezón...

Al detectar precozmente el cáncer de mama se favorece realizar el tratamiento necesario en estadios tempranos menos agresivos, disminuyendo la morbilidad y reduciendo la mortalidad por este tipo de enfermedad.

Estos programas van destinados a mujeres de un rango de edad y periodicidad determinadas. Las pacientes con alto riesgo familiar o personal de cáncer de mama realizan otro tipo de seguimiento en función del riesgo individual.

En los varones el estudio de la mama solo se realiza a paciente sintomáticos, el cáncer de mama representa menos del 1% en los varones ya que tienen menos cantidad de tejido glandular y no están sometidos a tanto cambio hormonal.

2 Objetivos

Explicar el protocolo para realizar el estudio de la mama.

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

Para tener un resultado óptimo en una mamografía la paciente tiene que estar relajada para no contraer el músculo pectoral, en la radiografía tiene que verse músculo pectoral, pliegue inframamario, parte de la axila y parte de grasa.

Las proyecciones básicas son:

- Proyección craneocaudal: El gantry no se gira y el detector tiene que estar paralelo al plano horizontal. Se coge la mama desde abajo tirando hacia arriba y hacia delante. El pezón perpendicular al detector y la presión se hace desde arriba. El brazo homolateral suspendido y relajado, el brazo contrario desplazado hacia la mama contralateral.
- Proyección oblicua mediolateral: Incluye la mayor parte del tejido mamario desde la zona axilar hasta el pliegue inframamario. Se angula el gantry 30 - 45° colocando el detector en la línea media axilar y paralelo al eje del músculo pectoral, el pezón paralelo al receptor de imagen, el brazo homolateral se agarra al pomo, la barbilla levantada mirando hacia el otro lado, la mama sobre el detector

colocando el borde superior contra el hueco axilar y el lateral contra las costillas, se comprueba con el haz luminoso que todo está bien.

El profesional elevará la mama en el detector ya angulado, se sitúa el borde superior contra el hueco axilar y el lateral contra las costillas. Se tracciona la hacia arriba y hacia fuera, separando el tejido de la pared torácica y desplegando el pliegue inframamario.

En estudios con pacientes portadoras de prótesis mamarias se hacen cuatro proyecciones, las convencionales con inclusión de las prótesis y posteriormente las mismas proyecciones pero modificadas con la técnica de Eklund que se hace desplazando el implante hacia la pared torácica, mientras se extiende el tejido mamario hacia adelante para efectuar su compresión.

5 Discusión-Conclusión

Las proyecciones deben de ser simétricas en las dos mamas para que hagan espejo una y otra y poder comparar y cuanto más se disminuya la mama mejor, porque hay menos superposiciones, menor radiación dispersa y se utiliza menor kilovoltaje en la radiografía.

Es muy importante colocar, traccionar y comprimir la mama adecuadamente para conseguir una radiografía de alta calidad y con buena resolución espacial. Hay que comprimir lo máximo que aguante la paciente pero sin ser dolorosa la compresión.

El resultado global de la compresión es la mejora de la resolución espacial y en contraste, disminuyendo la dosis de radiación requerida.

6 Bibliografía

1. González Hernando C. (2014) Técnicas de radiología especial. Arán. 120 – 132.

Capítulo 251

PROCEDIMIENTO INTERVENCIONISTA EN MAMA: BAG (BIOPSIA CON AGUJA GRUESA)

ANA PILAR OCAMPOS ALVAREZ

1 Introducción

El progreso y la mejora más crucial en ecografía ha tenido lugar con la ayuda al intervencionismo mamario, como guía imagenológica, aparte de que con la mejora de las sondas y sistemas ecográficos, la caracterización de masas y niveles de sospecha mediante la ecografía ha avanzado mucho.

Antes de realizar cualquier procedimiento intervencionista debe obtenerse el consentimiento informado de la paciente, en el cual debe describirse el procedimiento y su propósito y mencionar las posibles complicaciones como sangrado, infección, dolor, etc.

La punción en la mama se realiza en todo nódulo palpable, con ello se recoge material que se envía al servicio de anatomía patológica para su análisis. Existen dos métodos principales (y algunos agregados) y estos son la punción con aguja fina (PAAF) y la BAG. Este último procedimiento lo desarrollaremos ahora y en él también existe la eventualidad de aguja gruesa de corte y aspiración.

La BAG se utiliza de forma preferente a las biopsias quirúrgicas, siendo una técnica intermedia entre la PAAF y ese tipo de biopsias, pudiendo sustituir a la biopsia quirúrgica con fines únicamente diagnósticos. Se trata de un procedimiento diagnóstico que consiste en la obtención transcutánea de tejido mamario en forma de cilindros que son procesados con la técnica histológica.

2 Objetivos

Exponer la técnica de Biopsia con Aguja Gruesa o BAG describiendo la misma, enumerando sus muchas indicaciones y ventajas, así como citando sus desventajas.

3 Metodología

Para la elaboración de este trabajo se ha llevado a cabo mayormente una revisión bibliográfica sistemática sobre la literatura científica existente, en este caso sobre todo basándonos en el diagnóstico por ecografía de lesiones mamarias. También se han consultado artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas para obtener información al respecto.

4 Resultados

La técnica de BAG está indicada para lesiones visibles (nódulos y distorsiones), masas sólidas con características indeterminadas (lesiones altamente sugestivas de malignidad), masas múltiples sospechosas para establecer o excluir la multicentricidad, masas probablemente benignas cuando la paciente tiene gran ansiedad y con ello confirmamos la etiología benigna, para ganglios axilares en caso de cáncer de mama, BIRADS 4, estadificación ganglionar y así reducir el ganglio centinela, para ganglios supraclaviculares o quistes complicados (sólido-quístico) y como sustitución de la biopsia quirúrgica con fines únicamente diagnósticos.

La BAG muestra resultados muy alentadores y equiparados a la biopsia quirúrgica y en manos expertas puede realizarse sin complicaciones guiada a través de ecografía. Además, es una técnica aceptada con facilidad por la mayoría de los patólogos, siendo sus complicaciones más frecuentes la infección del lecho de biopsia o la producción de neumotórax.

Como ventajas citamos el diagnóstico definitivo en gran número de lesiones benignas, la caracterización de lesiones malignas en estadio precoz, el costo menor que la biopsia quirúrgica, que reconoce receptores hormonales y se puede determinar en la gran mayoría de casos el carácter invasivo o no de la lesión. También que es bien aceptada por la paciente y reduce la ansiedad al conseguir resultados diagnósticos definitivos sin necesidad de pasar por el quirófano.

Como desventajas se encuentra el número de fallos relacionados con el grosor de

la aguja (a menor grosor, mayor número de fallos), que la agresividad de la técnica es intermedia (siendo más molesta que la PAAF), que existe riesgo -aunque bajo- de infección y formación de fistulas, que las lesiones cercanas al pezón o a la pared torácica son difíciles de biopsiar y que las reacciones vaso-vagales son más frecuentes que con la técnica de PAAF.

5 Discusión-Conclusión

En definitiva, se trata de una técnica que se utiliza de forma preferente a las biopsias quirúrgicas, siendo intermedia entre la PAAF y esas biopsias, presentando bastantes ventajas ya que se puede acceder a regiones anatómicas como la axila o la región supraclavicular.

Tiene múltiples indicaciones en la mama e incluso se puede utilizar como sustitución de la biopsia quirúrgica aunque con fines únicamente diagnósticos, realizándose sin complicaciones guiada por ecografía. Del mismo modo, si la prueba citológica de PAAF es insuficiente (material extraído) para la valoración citológica, debería hacerse una biopsia con Core ya que, a diferencia de la PAAF (que obtiene material para citología), el material que se obtiene con la BAG es para estudio anatomopatológico.

6 Bibliografía

- Manual de radiología para técnicos. Harcourt Stewart C. Bushong.
- Diagnóstico por ecografía. Rumark Carol M, Wilson Stephanie R, Charboneau William J, Mosby-Year Book Inc. St. Louis, Missouri, USA, 1999.

Capítulo 252

TURNICIDAD Y NOCTURNIDAD EN EL SECTOR SANITARIO

RUBEN DÍAZ MÁRQUEZ

ÁNGEL DÍAZ MÁRQUEZ

1 Introducción

Actualmente cada vez hay más número de personas que desempeñan un trabajo en horario nocturno o un trabajo a turnos sin conocer las consecuencias graves que pueden conllevar.

Esta necesidad de aumentar el número de trabajos por turnos se realiza no por una mejora de las condiciones laborales del trabajador sino por conseguir un mayor beneficio para la empresa, lo cual no se debería hacer ya que la salud de cualquier trabajador debería ser más importante que la economía de una empresa.

El estatuto de los trabajadores define el trabajo a turnos y nocturno de la siguiente manera.

El trabajo a turnos se desarrolla por distintos grupos sucesivos, cumpliendo cada uno de ellos una jornada laboral, de manera que se abarca un total de entre 16 y 24 horas de trabajo diarias.

Existen tres tipos de trabajo a turnos:

- Sistema discontinuo: El trabajo se interrumpe normalmente por la noche y el fin de semana. Supone dos turnos, uno de mañana y uno de tarde.
- Sistema semicontinuo: La interrupción es semanal. Supone tres turnos, mañana, tarde y noche, con descanso los domingos.

- Sistema continuo: El trabajo se realiza de forma ininterrumpida. El trabajo queda cubierto durante todo el día y durante todos los días de la semana.
El trabajo nocturno es el realizado desde las 10 de la noche hasta las 6 de la mañana y tiene una mejor remuneración

2 Objetivos

Conocer los peligros y las enfermedades a las que estamos sometidos por culpa de la nocturnidad y turnicidad en el trabajo.

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

En estudios realizados sobre la salud en un entorno laboral, se ha visto que las personas que trabajan a turnos demuestran una menor satisfacción con el horario y con el trabajo que las personas que prestan sus servicios en jornada laboral diurna.

Esto es debido a que por culpa de un trabajo a turnos existen más posibilidades de contraer diversas patologías como:

- Trastornos gastrointestinales, por falta de hábitos alimentarios.
- Alteraciones en el sueño.
- Arritmias cardiacas, ya pueda ser taquicardia o bradicardia

Para recuperarse de la fatiga diaria es necesario tener una rutina de sueño de alrededor de siete horas durante la noche para poder recuperar físicamente y psicológicamente.

El problema con el trabajo a turnos es que no es posible, ya que el sueño se ve alterado, no produciéndose nunca una adaptación plena al cambio horario. Esto produce:

- Trastornos nerviosos.
- Mayor gravedad de los accidentes.
- Insatisfacción personal en el trabajo.
- Empobrecimiento de las relaciones sociales y familiares. (alteraciones de la vida social)

El trabajo nocturno también deriva en factores de riesgo que no sólo afectan al ámbito fisiológico sino que también lo hacen en el psicológico y social.

Factores de riesgo:

- Problemas gastrointestinales como son la acidez, la gastritis, úlcera péptica
- Problemas cardiovasculares como un infarto de miocardio, enfermedades coronarias y desajuste de los latidos.
- Posibilidad de contraer cáncer de mama causado por la alteración de producción de melatonina
- Enfermedades crónicas como la diabetes tipo II pudiendo ir relacionada con los aumentos de peso debido a la poca organización a la hora de preparar comidas.
- A nivel psicológico puede afectar al llevar un tipo de vida completamente inversa al resto, creando depresiones, problemas de irritabilidad, trastornos psíquicos.
- Además debido al nivel de estrés sufrido incita al consumo de sustancias como café, tabaco, alcohol o fármacos que pueden llegar a crear drogodependencia a largo plazo.

A nivel estadístico, el 13,2% de los trabajadores en España lo hizo en jornada nocturna en 2020: son 2,55 millones de personas (frente a las 2,3 de 2017).

La mitad de ellas lo hizo ocasionalmente y el resto en más de la mitad de los días que trabajó, según la Encuesta de Población Activa del Instituto Nacional de Estadística (INE)

5 Discusión-Conclusión

Lo ideal sería que muchas empresas se empezaran a preocupar más sobre esta situación, y que hicieran una buena organización laboral para atenuar el impacto que causa el trabajo nocturno y el trabajo a turnos en los empleados ya que este sistema de trabajo resulta perjudicial para la salud y la calidad de vida.

Una adecuada rotación y reparto equitativo en el horario entre los trabajadores es muy importante ya que permitiría el descanso de toda la plantilla lo cual es

muy importante para poder rendir en el trabajo y para la salud individual de cada trabajador.

También se debería dar más información a los trabajadores para una correcta adaptación de los empleados.

6 Bibliografía

García García E. IMPACTO DEL TRABAJO NOCTURNO SOBRE LA SALUD DE LOS PROFESIONALES DE ENFERMERÍA. Revisión bibliográfica sistemática. Universidad de Valladolid. [Internet]. 2016 [citado 5 abril 2022]; Disponible en: <https://uvadoc.uva.es/bitstream/handle/10324/17828/TFG-H482.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Jiménez Luque JD. Trabajo a turnos y nocturno: Estrategias para reducir su impacto. Prevencionar [Internet]. 2011. [citado 5 abril 2022] Disponible en: <https://prevencionar.com/2011/06/08/trabajo-a-turnos-y-nocturno-5-estrategias-para-reducir-su-impacto/>

Ramírez-Elizondo N, Paravic-Klijn T, Valenzuela-Suazo S. Riesgo de los turnos nocturnos en la salud integral del profesional de enfermería. Index de Enfermería [Internet]. Fundación Index; 2013 [citado 5 abril 2023] Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962013000200008

Turnicidad y salud en personal sanitario y no sanitario [Internet]. Ocronos - Editorial Científico-Técnica. 2021 [citado el 5 de abril de 2022]. Disponible en: <https://revistamedica.com/turnicidad-salud-personal-sanitario-no-sanitario/metadata>. El trabajo a turnos. Riesgos laborales y medidas preventivas [Internet]. Metacontratas. 2018 [citado el 5 de abril de 2022]. Disponible en: <https://www.metacontratas.com/blog/el-trabajo-a-turnos-riesgos-laborales-y-medidas-preventivas/>

Capítulo 253

ACOSO LABORAL EN EL SECTOR SANITARIO

RUBEN DÍAZ MÁRQUEZ

ÁNGEL DÍAZ MÁRQUEZ

1 Introducción

El acoso laboral se puede definir como cualquier agresión ya sea física o psicológica, ejercida por compañeros/as de trabajo. Esta violencia laboral pretende producir miedo, daño emocional y psicológico así como crear un estado de indefensión en la víctima.

Cualquier tipo de violencia en el puesto de trabajo tiene efectos negativos en el bienestar físico y psicológico de las víctimas, y por consiguiente puede afectar de forma negativa a su desempeño laboral y a su salud.

Al acoso laboral también se le puede conocer como mobbing.

Tipos de mobbing:

1- Mobbing horizontal: Es un tipo de acoso entre compañeros ya que, el acosador y la víctima se encuentran en la misma categoría profesional.

2- Mobbing vertical: En este caso el acosador se encuentra en una categoría profesional superior a la víctima.

Dentro de este tipo de acoso laboral existe el mobbing ascendente (se produce cuando uno o varios trabajadores acosan a un superior) y el mobbing descendente (Se produce cuando un superior abusa de un trabajador de una categoría inferior).

3- Mobbing estratégico: Este acoso laboral es de tipo descendente ya que el acosador se aprovecha de su jerarquía para conseguir que el acosado renuncie a su puesto de trabajo.

4- Mobbing de dirección: Este acoso también es de tipo descendente ya que la empresa amenaza con despedir a sus trabajadores para aumentar el miedo y fomentar la productividad en su puesto de trabajo.

5- Mobbing perverso: No tiene ninguna razón ni objetivo definido. Se basa simplemente en la personalidad perversa o manipulativa del acosador.

6- Mobbing discriminatorio: Es un tipo de acoso que se fundamenta por razones de edad, sexo, apariencia física, enfermedad, creencias religiosas, ideología política, condición sexual

- Consecuencias que tiene en las víctimas

Las consecuencias del acoso laboral pueden ser gravemente perjudiciales para la víctima ya que no solo puede afectar a su productividad en el trabajo sino que también en su salud personal. Existen 5 tipos de consecuencias:

1- Consecuencias psicológicas 2- Consecuencias sobre la salud

3- Consecuencias sociales 4- Consecuencias familiares

5- Consecuencias laborales

2 Objetivos

El objetivo de este trabajo será conocer y evaluar el impacto del acoso laboral sobre la víctima en el sector de la salud.

3 Metodología

Para la elaboración de la presente revisión bibliográfica se aplica una metodología de investigación basada en la consulta de diferentes fuentes en bases de datos como: repository.urosario, psicologiaamayaterron, protecciondatos-lop, isesinstituto y un manual frente al acoso laboral.

Las palabras claves son: Mobbing, violencia y salud laboral.

4 Resultados

Todavía el acoso laboral es un tema tabú y también un tema que es difícil detectar con prontitud. Por eso, es importante realizar estudios sobre el tema y conocer los datos del acoso laboral.

Según un estudio realizado por el el sindicato CCOO hasta un 15% de los trabajadores en España es víctima de acoso laboral. Aunque pueda que parezca baja, en realidad, la media estimada en la Unión Europea es de un 9%. Por lo tanto, nuestro país supera con creces las expectativas y conviene tomar medidas al respecto.

Aunque está claro que el acoso laboral afecta a ambos sexos, según los estudios realizados, las principales víctimas de mobbing son las mujeres de entre 35 y 55 años.

Personas con etnias o religiones diferentes son también objetivo de acoso laboral.

Las cifras indican que un 70% de las personas que practican este tipo de acoso dentro del entorno laboral son hombres. Por lo tanto, se deben analizar diferentes estrategias o formas de abordar la situación para prevenirla o solucionarla.

Profundizando un poco más en los datos, podemos comprobar que los abusos verbales (28,1% al 60%) son más comunes que los abusos físicos (6,8% a 61,5%). Mientras que el acoso sexual tiene reportes con cifras menores del 1%.

La prevalencia del acoso laboral es del 14,3%, siendo tres veces mayor en establecimientos públicos. Ser mujer y ser soltero resultan estadísticamente significativos para hospitales públicos.

Solo en un caso la víctima demandó legalmente.

A pesar de que las cifras del acoso laboral en España preocupan, afortunadamente, durante los últimos años las demandas han aumentado. Esto probablemente sea debido a las campañas de concienciación que se ha hecho y, también, a que en muchas empresas está presente la figura de un experto en acoso laboral.

5 Discusión-Conclusión

El acoso laboral se suele originar por el abuso de poder que se desarrolla en empresas que son incompetentes para resolver los conflictos internos de los empleados.

Estos abusos son actos hostiles que se generan en el trabajo por parte de compañeros superiores, lo cual ocasiona que los empleados víctimas del acoso disminuyan su productividad y les afecte a su salud.

Es más, según estudios realizados, cuantos más sano es el ambiente de trabajo, mejor es la productividad.

El acoso laboral debe preocupar a empleadores y trabajadores, para establecer medidas que favorezcan un ambiente laboral saludable y libre de violencia.

Sería muy importante que se le diera más visibilidad a estos temas en los colegios para así poder erradicarlo lo más rápido posible. Callarse no es la solución ante el acoso laboral. Esto hace que el porcentaje se dispare y que continúe siendo un problema invisibilizado.

6 Bibliografía

- 1-Leyton-Castro ;., Forero JF. Acoso Laboral en Trabajadores del Sector Salud: Revisión Sistemática Mobbing in Health Workers: Systematic Review [Internet]. Edu.co. [citado el 5 de abril de 2022]. Disponible en: <https://repository.urosario.edu.co/bitstream/handle/10336/14134/ARTICULO%20JOSE%20FORERO%20MISAELE%20CASTRO%20PAOLA%20LEYTON%202017%2012%2004.pdf?sequence=1>
- 2-Paravic-Klijn T, Burgos-Moreno M, Luengo-Machuca L. Acoso laboral y factores asociados en trabajadores de servicios de emergencias. Index enferm [Internet]. 2018 [citado el 5 de abril de 2022];27(4):201–5. Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962018000300005
- 3-Mobbing laboral: Causas, tipos, prevención y más [Internet]. Grupo Atico34. 2020 [citado el 5 de abril de 2022]. Disponible en: <https://protecciondatos-lopd.com/empresas/mobbing-laboral/>

Capítulo 254

ENFERMEDADES NOSOCOMIALES

CLAUDIA ROBREDO GARCÍA

LEIDY DANIELA SALAZAR BOLIVAR

MARIA ANGELES GARCÍA SUÁREZ

1 Introducción

Las infecciones nosocomiales son aquellas enfermedades contraídas durante un ingreso hospitalario que no estaban en periodo de incubación, ni se había manifestado durante el periodo de ingreso en el hospital. No obstante, estas infecciones no son exclusivas de los pacientes, sino que también pueden afectar tanto al personal del hospital, así como a visitantes.

Según la OMS (Organización Mundial de la Salud), estarían incluidas las infecciones que no se habían manifestado ni estaban en periodo de incubación, es decir, se adquieren durante su estancia y no son la causa del ingreso; también entrarían en esta categoría las que contraen los trabajadores del centro debido a su ocupación o exposición.

Otras expresiones similares son: contagio hospitalario, infección intrahospitalaria, infecciones relacionadas con la asistencia sanitaria, efectos adversos ligados a la hospitalización, infección por gérmenes resistentes debido muchas veces a la mala información del personal sobre técnicas de aislamiento y medidas de protección para ambas partes (paciente y profesional de salud), o infección oportunista. En sentido general, el contagio hospitalario es la adquisición o propagación de una enfermedad, por insuficiente esterilización o falta de antisepsia, poniendo en contacto de manera involuntaria, microorganismos patógenos con personas, dentro de una instalación hospitalaria, o centro de salud.

2 Objetivos

- Conocer lo que es una infección nosocomial.
- Mantener a higiene del material y de las zonas en las cuales se va a trabajar.
- Desinfectar y esterilizar correctamente el material.

3 Metodología

Se va a realizar una búsqueda de información en internet, como Google academy y en diferentes páginas web y artículos. Se utilizan solo aquellas páginas que se adapten a la información requerida para dicho capítulo y dicha información que se ajusta a las palabras clave como infección nosocomial, desinfección, esterilización, etc.

4 Resultados

Una enfermedad nosocomial es aquella infección contraída durante la estancia en el hospital que no se había manifestado ni estaba en periodo de incubación en el momento en que el paciente se encontraba internado. Las enfermedades nosocomiales no son exclusivas a pacientes, las infecciones contraídas por el personal del establecimiento o por visitantes, también se consideran nosocomiales.

La infección adquirida no solo representa un daño para la salud del paciente, visitante, o trabajador del hospital, sino que representa un costo económico para el hospital y el infectado. Una estadía prolongada no solo aumenta los costos directos del paciente, la hospitalización, sino también los indirectos, por su ausencia en el trabajo.

Para reducir la transmisión se recomienda tener una buena higiene. La utilización de ropa protectora por parte del personal, como batas, zapatos, guantes y gorros especiales, que son necesarios y requeridos para asegurar la higiene y reducir los vectores de transmisión. Uso de equipo estéril, desechable y seguimiento de un proceso de desinfección y esterilización.

El lavado de manos es el método más efectivo para prevenir la transferencia de microorganismos entre el personal y pacientes y para prevenir la transmisión de infecciones hospitalarias. Su finalidad es la eliminación de la suciedad.

En el caso de antiséptico, es un producto químico que se aplica sobre los tejidos vivos, con la finalidad de destruir o inhibir el crecimiento de microorganismos, ejerciendo sobre ellos, una acción bacteriostática, cuando inhiben su crecimiento, o bactericida.

Son menos tóxicos que los desinfectantes, que se diferencian de aquellos, en que actúan sobre objetos y superficies inanimadas. Existen diferentes tipos de antisépticos como alcohol, yodados, sales de plata, mercuriales, etc.

La limpieza y desinfección del material sanitario es un proceso fundamental en el medio sanitario para la reutilización del material. Mediante la limpieza se elimina la suciedad y la materia orgánica que está depositada sobre los objetos, disminuyendo, por un procedimiento de arrastre, la carga microbiana del mismo. Tras la limpieza, y dependiendo del tipo de material y de su función y grado de riesgo, puede ser reutilizado directamente con los pacientes o ser sometido a procedimientos más potentes para la eliminación de gérmenes como son la desinfección y la esterilización.

5 Discusión-Conclusión

Después de hablar e investigar mucho sobre las enfermedades nosocomiales y sobre la importancia que conlleva llevar a cabo las medidas correctas de prevención para evitar infecciones.

Los problemas nosocomiales son bastante complejos y graves. Ya que se puede ver afectados gravemente los pacientes, como familiares y personal sanitario. Todo ello si no llevan a cabo unas normas de higiene y unas medidas de protección correctas.

Respecto al papel del técnico en cuidados auxiliares de enfermería, es muy importante que se cumplan seriamente las medidas de higiene tanto personales como la limpieza del material que se necesita. Como por ejemplo, una higiene correcta de manos, utilizar guantes para cada paciente, desinfectar el material que se haya utilizado en todo proceso.

6 Bibliografía

- 1- [https://www.unitecoprofesional.es/blog/infecciones-nosocomiales-que-son/#::text=Las%20infecciones%20nosocomiales%20son%20aquellas, encontra](https://www.unitecoprofesional.es/blog/infecciones-nosocomiales-que-son/#::text=Las%20infecciones%20nosocomiales%20son%20aquellas, encontraba%20ingresado%20en%20el%20hospital.)
- 2- https://es.wikipedia.org/wiki/Infecci%C3%B3n_nosocomial

Capítulo 255

EL DIAGNÓSTICO DE PATOLOGÍAS BUCALES Y EL TÉCNICO EN RADIODIAGNÓSTICO. REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA

MARÍA NIEVES GONZÁLEZ MARTÍNEZ

LAURA GARCIA GONZALEZ

1 Introducción

La técnica de radiografías intraorales es el método que utiliza las placas radiográficas directamente dentro de la cavidad bucal y de esta manera, se obtiene una imagen detallada de las piezas dentarias con el fin de identificar, generalmente, caries o problemas en las raíces de los dientes.

El equipo está formado por el tubo de rayos X, el generador, el brazo articulado que servirá para tomar la proyección desde la posición correcta y el panel de control. Si bien se utiliza radiación ionizante, es de baja intensidad, incluso menor que la utilizada en placas extraorales. Las películas radiográficas son de diferentes tamaños y generalmente tienen una muesca identificativa de lateralidad para señalar la zona desde la que se ha tomado la proyección.

En la cavidad bucal observamos el maxilar superior y el maxilar inferior que alojan las piezas dentarias. Los tipos de dientes son: incisivos (8 piezas), caninos (4 piezas), premolares (8 piezas) y molares (12 piezas). En odontología los maxilares y las piezas que los componen se dividen en cuatro cuadrantes y una numeración para poder identificar cada pieza. Los cuadrantes son: superior derecho, superior izquierdo, inferior derecho e inferior izquierdo.

Dentro de las radiografías intraorales se puede tomar diferentes proyecciones. La menos común actualmente es la radiografía oclusal que es la de mayor tamaño e identifica lesiones grandes. La radiografía de aleta de mordida es la que se utiliza para ver como ocluyen los dientes. Y las proyecciones periapicales son las más completas ya que permiten visualizar el diente entero, generalmente se realizan en series.

2 Objetivos

El propósito de este trabajo es el de realizar una revisión de la literatura que analice cómo influye el técnico en radiodiagnóstico en el diagnóstico de patologías bucales.

Los objetivos específicos los hemos dividido en tres:

- ☒ Establecer las competencias de conocimientos, habilidades y actitudes necesarias en los profesionales de radiodiagnóstico en relación con diagnóstico de patologías bucodentales.
- ☒ Conocer la importancia de una realización eficaz del manejo del diagnóstico de patologías bucales.
- ☒ Mejorar el abordaje multidisciplinar en cuanto al diagnóstico de patologías bucales.

3 Metodología

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

4 Resultados

Para la realización de las radiografías dentales se le pedirá al examinado que deje fuera todos los objetos metálicos que lleve en la zona del cuello o cercanas a la boca, incluso que se quite aparatos dentales en caso de que sea posible. Luego se le pedirá que se sienta con el respaldo a unos 80° y la cabeza apoyada sobre el reposacabezas para que pueda permanecer inmóvil. Luego se le colocará un delantal de plomo para protegerlo de la radiación especialmente en la zona de

la tiroides y vértebras cervicales, por eso nos aseguraremos de que el collarín se adhiera bien al cuello.

Se colocará la película radiográfica en la boca del examinado suavemente en el área de interés y teniendo cuidado de no plegarla. Se le explicará que debe sostenerla en la posición en la que se le indica y permanecer inmóvil para poder obtener una imagen de calidad. Existen los posicionadores que son unos soportes diseñados para sostener en forma correcta las películas radiográficas, cuentan con un soporte que sostiene la placa dentro de la boca, una superficie donde se muerde para mantenerlo inmóvil y un aro que permanece afuera y sirve de guía para el técnico para asegurar la disposición de la placa. Le recordaremos al paciente que debe sostenerla, pero también se debe evitar que se doble o quede marcada por la oclusión excesiva de los maxilares.

La radiografía oclusal es la película de mayor tamaño que se coloca en la cara oclusal de los dientes y los rayos X deben ir perpendiculares a la radiografía.

La radiografía aleta de mordida se utiliza para ver como ocluyen los dientes, justamente utilizando una película que tiene una aleta que queda entre los dientes. Por medio de esta proyección se pueden observar, por ejemplo, caries interproximales o hacer una valoración de empastes.

Las proyecciones periapicales tienen como objetivo ver los ápices dentales, la punta de las raíces y el área que las rodea. Su nombre deriva de «peri» que es alrededor y «apical» de ápice, punta o extremo.

5 Discusión-Conclusión

Las radiografías intraorales requieren que las placas sean ubicadas correctamente y la colaboración del examinado para que se mantenga inmóvil sosteniéndolas de forma adecuada, por eso le debemos explicar el procedimiento, de esta forma evitamos tener que repetir las proyecciones.

En la actualidad, si bien existe la forma convencional de tomar las imágenes con placas radiográficas, también contamos con dispositivos intraorales digitales, aparatos radiográficos que adquieren imágenes digitales por medio de placas de fósforo y generan imágenes que pueden ser vistas directamente en la pantalla.

Las series de radiografías periapicales reflejan imágenes completas de todas las piezas dentarias que sirven para el diagnóstico de patologías bucales ya que puede observarse con detalle la pieza desde la raíz hasta el extremo.

6 Bibliografía

1. Óscar Gutiérrez Salcedo, Lorenzo Galán Camino y Cristina Cortés León. Capítulo 5: Exploración radiológica intraoral y ortopantomográfica. En: González Hernando, Concepción, coordinadora. Técnicas de Radiología Especial [Internet] Madrid: Arán Ediciones S L Copyrighrt 2014 [citado el 11 de abril de 2021] Disponible en: http://www.aranformacion.es/librosdigitales/LIB_I_60_C_1/files/assets/basic-html/page157.html
2. Juego periapical. [Internet] [citado el 10 de abril de 2021] Disponible en: <https://www.radomax.com/juego-periapical.html>
3. ¿Qué es una radiografía periapical y cuándo se realiza? [Internet] [citado el 09 de abril de 2021] Disponible en: <https://estudidentalbarcelona.com/unaradiografia-periapical-cuando-se-realiza/>
4. Técnicas radiográficas intraorales [Internet] [citado el 11 de abril de 2021] Disponible en: <https://revistamedica.com/exploracion-radiologica-intraoralextraoral/#Figura-1-Radiografia-digital-periapical-con-placa-fotoestimulable>

Capítulo 256

PAPEL DEL TECNICO EN RADIODIAGNOSTICO EN LA RESONANCIA MAGNÉTICA CERVICAL PARA EL DIAGNÓSTICO DE PATOLOGÍAS RELACIONADAS A LA COLUMNA VERTEBRAL Y CUELLO. REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA

LAURA GARCIA GONZALEZ

MARÍA NIEVES GONZÁLEZ MARTÍNEZ

1 Introducción

La resonancia magnética es un estudio que tiene una capacidad de capturar imágenes de distintas secuencias con un excelente contraste y, además, no utiliza radiaciones. El escáner funciona con energía de imanes potentes para crear imágenes que pueden ser guardadas en el ordenador o grabadas en digitalmente.

En el caso de la resonancia magnética cervical los planos que se obtendrán serán de la zona de la columna y cuello. En general, este estudio se solicita cuando el paciente sufre dolores intensos persistentes en el cuello, el hombro, en el brazo o entumecimiento, entre otros síntomas. Además se indica en pacientes con defectos congénitos de la columna vertebral, infecciones, lesiones, traumatismos o tumores en la columna vertebral, esclerosis múltiple, escoliosis grave, o artritis.

El procedimiento para la realización de este estudio puede conllevar la aplicación de un contraste a través de la vena o por medio de una inyección para mejorar la calidad de las imágenes. El paciente estará recostado sobre la mesa de resonancia que se deslizará dentro del tubo que funciona como un campo magnético, por lo tanto todos los objetos o accesorios metálicos deben quedar fuera para no intervenir en las proyecciones. El técnico capturará las imágenes desde la sala contigua donde las recibirá en tiempo real. El estudio suele tener una duración de entre 40 y 60 minutos.

2 Objetivos

El propósito de este trabajo es el de realizar una revisión de la literatura que analice cómo influye PAPEL DEL TECNICO EN RADIODIAGNOSTICO EN LA RESONANCIA MAGNÉTICA CERVICAL PARA EL DIAGNÓSTICO DE PATOLOGÍAS RELACIONADAS A LA COLUMNA VERTEBRAL Y CUELLO.

Los objetivos específicos los hemos dividido en tres:

- ☒ Establecer las competencias de conocimientos, habilidades y actitudes necesarias en EL TÉCNICO EN RADIODIAGNOSTICO EN LA RESONANCIA MAGNÉTICA CERVICAL PARA EL DIAGNÓSTICO DE PATOLOGÍAS RELACIONADAS A LA COLUMNA VERTEBRAL Y CUELLO.
- ☒ Conocer la importancia de una realización eficaz del manejo del radiodiagnóstico de las patologías de columna cervical y cuello.
- ☒ Mejorar el abordaje multidisciplinar en cuanto al radiodiagnóstico de las patologías de columna cervical y cuello.

3 Metodología

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

4 Resultados

La resonancia magnética cervical tiene como finalidad la obtención de imágenes de la columna vertebral, cuello y parte de la cabeza para la detección de patologías relacionadas a esa zona del cuerpo. Por medio de este estudio se pueden visualizar

tejidos blandos ligamentosos y médula. Según el motivo específico por la que se indique se podrán hacer diferentes secuencias.

Cuando es necesario el uso de gadolinio, se debe disponer al menos de una secuencia basal idéntica sin contraste. En el cuello existen muchas estructuras anatómicas y contenido graso, por lo tanto, a veces resulta necesario incluir secuencias con saturación de grasa. Las secuencias más frecuentes son T1 y T2 en los planos sagital, corte anatómico perpendicular al suelo, y axial, corte transversal, con saturación de grasa y con supresión de grasa.

Para entender estas frecuencias es necesario recordar que la resonancia magnética utiliza campos magnéticos y ondas de radio para que se puedan obtener imágenes de cortes finos de tejidos. Los protones giran dentro de los tejidos y producen campos magnéticos. Cuando están rodeados de un fuerte campo magnético como lo es el equipo de resonancia magnética, los ejes magnéticos se alinean a lo largo de ese campo. Luego, al aplicar los pulsos de radiofrecuencia, los protones se relajan y reanudan su alineación. De esta manera, según los pulsos de radiofrecuencia obtenemos diferentes imágenes. El tiempo que tarda la magnetización longitudinal en relajarse se conoce como T1, y cuando se interrumpe el pulso de radiofrecuencia y los protones dejan de girar en el tiempo llamado T2.

La resonancia magnética estática permite la valoración morfológica de las estructuras, pero ha tenido algunas limitaciones ya que la posición decúbito supino la fuerza de gravedad que se ejerce sobre la columna puede influir en la obtención de las imágenes. En cambio, en la resonancia magnética dinámica, una posición de flexión nos permite evaluar la alineación de la columna vertebral, la estabilidad de las facetas articulares, los ligamentos y el contacto con el cordón medular, entre otros detalles.

5 Discusión-Conclusión

La resonancia magnética cervical es un estudio que se solicita cuando el paciente sufre de dolores intensos en el cuello o partes del cuerpo que señalan que se debe a alguna afección en la zona cervical, ya sea por antecedentes o para poder diagnosticar una patología.

El técnico radiólogo dará las indicaciones al examinado antes de la realización del estudio. Se aplicará el contraste en caso de que fuera necesario y se capturarán las secuencias necesarias siguiendo el protocolo según las causas por las que se ha solicitado la resonancia magnética cervical desde la sala contigua.

La resonancia magnética estática suele ser suficiente, pero las secuencias que se

obtienen mediante la resonancia magnética dinámica son de gran utilidad para profundizar en la evaluación de las patologías cervicales.

6 Bibliografía

1. P. Diluca. H. Giraldo y otros. Resonancia magnética de columna cervical con secuencia en flexión para el diagnóstico de la enfermedad de Hirayama. Revista Argentina de Radiología. [Internet] Vol.81. Núm. 2 páginas 105-109. Abril – Junio 2017. Copyright 2021 Elsevier. [citado el 4 de mayo de 2021] Disponible en :<https://www.elsevier.es/es-revista-revista-argentina-radiologia383-articulo-resonancia-magnetica-columna-cervical-con-S0048761916300989>
2. Resonancia magnética cervical. [Internet] [citado el 4 de mayo de 2021] Disponible en: <https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/007354.htm>
3. María Isabel Rivera Campos, David Petite Felipe y Beatriz Brea Álvarez. Técnica de imagen por resonancia magnética. Arán [Internet] [citado el 5 de mayo de 2021] Disponible en: http://ediciones.grupoaran.com/index.php?controller=attachment&id_attachment=29
4. Mehmet Kocak. Resonancia magnética. [Internet] Mayo 2019 [citado el 4 de mayo de 2021] Disponible en: [https://www.msmanuals.com/esve/professional/temas-especiales/principios-de-estudios-por-la-imagenradiol%C3%B3gicas/resonancia-magn%C3%A9tica#:text=Las%20im%C3%A1genes%20ponderadas%20en%20T1%20muestran%20en%20forma%20%C3%B3ptima%20la,tumores%2C%20inflamaci%C3%B3n%2C%20traumatismo\).](https://www.msmanuals.com/esve/professional/temas-especiales/principios-de-estudios-por-la-imagenradiol%C3%B3gicas/resonancia-magn%C3%A9tica#:text=Las%20im%C3%A1genes%20ponderadas%20en%20T1%20muestran%20en%20forma%20%C3%B3ptima%20la,tumores%2C%20inflamaci%C3%B3n%2C%20traumatismo).)

Capítulo 257

QUÉ SON LAS VACUNAS, CÓMO FUNCIONAN, CUÁL ES SU FUNCIÓN Y CÓMO SE PRUEBA SU SEGURIDAD

ÁNGEL DÍAZ MÁRQUEZ

RUBEN DÍAZ MÁRQUEZ

1 Introducción

Una vacuna es una preparación destinada a generar inmunidad adquirida contra una enfermedad, mediante la estimulación de la producción de anticuerpos.

Normalmente, una vacuna contiene un agente que se asemeja a un microorganismo causante de la enfermedad y a menudo se hace a partir de formas debilitadas o muertas del microbio, sus toxinas o una de sus proteínas de superficie. El agente estimula el sistema inmunológico del cuerpo a reconocer al agente como una amenaza, destruirla y guardar un registro de este, de modo que el sistema inmune puede reconocer y destruir más fácilmente cualquiera de estos microorganismos que encuentre más adelante.

Algunos tipos de vacunas causan enfermedades, pero estos gérmenes han sido eliminados o debilitados lo suficiente para que no hagan enfermar a una persona. Algunas vacunas solo tienen una parte de un germen, mientras que otras tienen instrucciones para sus células con el fin de fabricar una proteína de un germen. Estos diferentes tipos de vacunas son capaces de desencadenar una respuesta inmune que ayuda al cuerpo a combatir los gérmenes. El sistema inmunitario también recordará el germen y lo atacará si vuelve a invadirlo. Esta protección contra una determinada enfermedad se la conoce con el nombre de inmunidad.

2 Objetivos

El objetivo de este capítulo no será otro que, en primer lugar, explicar qué es una vacuna y cómo funcionan, además de detallar en profundidad cómo se prueba la seguridad de estas, de una manera lo más esquematizada posible.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo de libro se ha realizado una búsqueda sistemática en la siguiente página web: Medline.

Por otra parte, se ha recogido información de revistas científicas.

Las palabras claves encontradas en las diferentes páginas web son: vacuna y seguridad.

4 Resultados

La cuestión en sí es la siguiente: ¿cómo se prueba la seguridad de las vacunas? Como ejemplo vamos a tomar cómo siguen este proceso en Estados Unidos, el cual no es muy diferente al del resto de países del primer mundo. Cabe destacar que las vacunas en este proceso pasan por extensos procesos, los cuales pueden tomar varios años.

Primeramente, la vacuna es testeada en el laboratorio. Dependiendo de los resultados, la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) decidirá si la vacuna se debe probar en seres humanos.

Para estos exámenes con personas se harán ensayos clínicos. Estas personas serán siempre voluntarios, empezando de 20 a 100 y pudiendo llegar a miles.

Dichos ensayos tienen tres fases, y siempre buscan encontrar la respuesta a preguntas como:

- ¿Es segura la vacuna?
- ¿Qué dosis funciona mejor?
- ¿Cómo reacciona el sistema inmunitario?
- ¿Qué tan efectivo es?

Durante el proceso, la FDA trabaja en estrecha colaboración con la empresa que fabrica la vacuna para evaluar su seguridad y eficacia. Si se determina que la vacuna es segura y eficaz, será aprobada y autorizada por la FDA.

Una vez se autoriza una vacuna, los expertos pueden considerar agregarla al calendario de vacunación recomendado por los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC).

Las pruebas y el control continúan después de aprobarse la vacuna:

La empresa que fabrica las vacunas prueba cada lote de inmunizaciones para verificar su calidad y seguridad. La FDA revisará los resultados de estas pruebas.

La FDA, los CDC y otras agencias federales continúan monitoreando su seguridad para detectar posibles efectos secundarios, además de contar con sistemas de rastreo para cualquier problema de seguridad con las vacunas.

Estos altos estándares y pruebas de seguridad ayudan a garantizar que las vacunas en los Estados Unidos sean seguras.

5 Discusión-Conclusión

En el mundo existen enfermedades que pueden ser realmente graves, y es más seguro obtener inmunidad a partir de una vacuna que contraer la afección. Para algunas vacunas, la inmunización puede brindarle una mejor respuesta inmunitaria que la que obtendría al contagiarse de la enfermedad.

También, como se ha visto, es importante la realización de diversas pruebas para garantizar la seguridad de la vacuna hacia las personas.

Las vacunas ayudan a proteger contra enfermedades graves, como ya se ha dicho antes, incluso mortales. No solo protegen, sino que también ayudan a evitar que estas afecciones se propaguen a otras personas.

6 Bibliografía

1-Seguridad de las vacunas. (2020). Immune System. 2-<https://medlineplus.gov/spanish/vaccinesafety.html>
3-Wikipedia contributors. (n.d.-c). Vacuna. Wikipedia, The Free Encyclopedia. 4-<https://es.wikipedia.org/w/index.php?title=Vacuna&oldid=142609547>

Capítulo 258

LAS CAÍDAS Y CÓMO DISMINUIR SU RIESGO

ÁNGEL DÍAZ MÁRQUEZ

RUBEN DÍAZ MÁRQUEZ

1 Introducción

Definimos caída o caída de altura a cualquier caída de un cuerpo humano de una altura que supera su propia estatura. Estas pueden ser realmente peligrosas independientemente de la edad de la persona.

Los bebés y los niños pequeños pueden lastimarse al caerse de los muebles o al bajar las escaleras, por ejemplo. Los niños algo más mayores pueden caerse de los juegos en el parque. Para las personas mayores, las caídas pueden ser especialmente graves y tienen un mayor riesgo de caerse, debido entre otras cosas a la falta de equilibrio. También es más probable que se quiebren un hueso al caerse, especialmente si tienen osteoporosis.

Otro fenómeno que se suele dar en personas de avanzada edad es la fractura de la cadera seguida de una caída. Un hueso roto, sobre todo este último mencionado, puede incluso llevar a la discapacidad y la pérdida de independencia de los adultos mayores.

Las causas más comunes de las caídas son las siguientes:

- Problemas de equilibrio
- Problemas de vista

- Algunos medicamentos que producen mareo y confusión
- Ingesta de alcohol, que afecta a equilibrio y reflejos
- Debilidad muscular, especialmente en las piernas
- Presión arterial baja
- Diabetes
- Neuropatía
- Reflejos lentos, siendo difícil mantener el equilibrio
- Tropezar o resbalar debido a pérdida de tracción

2 Objetivos

El objetivo principal de este capítulo es ahondar en el concepto de las caídas, donde se tratará de, primeramente, introducir el tema con una breve definición, para más adelante en el apartado de resultados exponer las diversas razones para reducir el riesgo a caerse.

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. Las palabras claves encontradas en las diferentes páginas web son: caída y riesgo.

4 Resultados

Reducir el riesgo a una caída puede ser mayor si se siguen una serie de consejos, especialmente en personas de avanzada edad:

- Hacer ejercicio regularmente para mantener el cuerpo, músculos y huesos sanos y fuertes. El ejercicio debe centrarse en entrenar el equilibrio y la resistencia.
- Contar con una buena iluminación en el hogar. Una casa bien iluminada ayuda a evitar tropezarse con objetos que no son fáciles de ver. Es debido asegurarse de que la habitación, pasillos, escaleras y baños estén bien iluminados.
- Fijar las alfombras firmemente al suelo. Agregar un soporte antideslizante para que la alfombra no se mueva y fije los extremos y esquinas sueltas.
- Instalar un pasamanos en el baño para la bañera, la ducha y el inodoro.

- Mantener los cables eléctricos lejos de las áreas de mucho tráfico en la casa.
- Almacenar los objetos de cocina más utilizados en áreas de fácil acceso. De esta forma se elimina la necesidad de estirarse para alcanzar lugares altos, agacharse o subirse a un taburete.
- Usar zapatos con suelas firmes y antideslizantes. Evitar usar zapatos y zapatillas holgados.
- Realizar exámenes de la vista con regularidad.
- Mantener los pies sanos, especialmente si se tiene diabetes.
- Tener en cuenta los efectos secundarios de los medicamentos. Algunos medicamentos pueden causar mareos.
- Usar un bastón o andador si el médico lo recomienda en personas de avanzada edad.
- No fumar y limitar el consumo de alcohol a no más de 2 bebidas por día los hombres y 1 bebida por día las mujeres, siendo mejor no beber nada de alcohol directamente.
- Facilitar la forma en la que la persona se acuesta y se levanta. Es bueno sentarse a un lado de la cama durante unos minutos y apoyar los pies en el suelo antes de pararse. Levantarse demasiado rápido puede causar mareos (hipotensión postural).
- Evitar salir fuera de casa en condiciones de heladas.

En este tipo de personas de cierta edad hay que, además, tener en cuenta otro tipo de factores, como pueden ser:

- Huesos rotos. Nuestros huesos se vuelven más frágiles a medida que envejecemos. Además, los huesos rotos tardan más en sanar a medida que envejecemos.
- Lesión cerebral traumática (TBI). Es una lesión grave en el cerebro. Puede suceder si se cae y se golpea la cabeza con fuerza sobre un objeto o en el suelo.
- Deterioro cognitivo. La enfermedad de Alzheimer y otras afecciones que afectan a la capacidad cognitiva de una persona pueden aumentar el riesgo de sufrir caídas.

5 Discusión-Conclusión

A cualquier edad, las personas pueden hacer cambios para reducir el riesgo de caídas. Es importante cuidar la salud, incluso hacerse exámenes de ojos regulares. Hacer ejercicio puede disminuir el riesgo de caídas al fortalecer los músculos, mejorar el equilibrio y mantener los huesos fuertes. Además, hacer de una casa un lugar más seguro también influye de cierta manera. Se pueden eliminar cosas

que pueden hacer tropezar y para reducir las posibilidades de quebrarse un hueso si hay una caída, es necesario asegurarse de tomar suficiente calcio y vitamina D. En definitiva, llevar una vida sana reducirá la posibilidad de caerse.

6 Bibliografía

Caídas. (2003). Older Adults. <https://medlineplus.gov/spanish/falls.html>
familydoctor.org editorial staff. (2000, September 1). Caídas: cómo disminuir su riesgo. familydoctor.org. <https://es.familydoctor.org/caidas-como-disminuir-su-riesgo/?adfree=true>
Wikipedia contributors. (n.d.-a). Caída de altura. Wikipedia, The Free Encyclopedia. https://es.wikipedia.org/w/index.php?title=Ca%C3%ADda_de_altura&oldid=126795180

Capítulo 259

LESIONES Y HERIDAS

ÁNGEL DÍAZ MÁRQUEZ

RUBEN DÍAZ MÁRQUEZ

1 Introducción

Una lesión es un cambio anormal en la morfología o estructura de una parte del cuerpo producida por un daño externo o interno. Es un término general que se refiere al daño causado por accidentes, caídas, golpes, quemaduras, armas y otras causas. Estas lesiones pueden ser menores o severas y poner en peligro la vida. Pueden ocurrir en el trabajo o en el juego, en espacios interiores o exteriores, al conducir un vehículo o al caminar por la calle.

La especialidad médica encargada de identificar las características microscópicas de las lesiones, generalmente mediante biopsias, es la anatomía patológica.

Las heridas son lesiones que rompen la piel u otros tejidos del cuerpo. Incluyen cortaduras, arañazos y picaduras en la piel. Suelen ocurrir como resultado de un accidente pero las incisiones quirúrgicas, las suturas y los puntos también causan heridas. Las heridas menores no suelen ser serias, pero es importante limpiarlas bien.

Las heridas serias e infectadas necesitan atención médica de primeros auxilios y visitas al doctor más adelante. Debe buscar atención médica si la herida es profunda, si no puede cerrarse por sí sola, si no puede detener la hemorragia o limpiarla o si no se cura.

Las lesiones más comunes incluyen:

- Mordeduras de animales
- Moretones
- Quemaduras
- Dislocaciones
- Lesiones por electricidad
- Fracturas (huesos rotos)
- Torceduras y distensiones

2 Objetivos

El objetivo principal de este capítulo no será otro que el de ahondar en el concepto de las lesiones y heridas, tratando en primera instancia de explicar qué es una lesión y cuáles son las más comunes, para luego desarrollar cómo cuidar de una herida.

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. Las palabras claves encontradas en las diferentes páginas web son: lesión y herida.

4 Resultados

La gran incógnita entre muchos pacientes es cómo se debe cuidar adecuadamente una herida. Para ello tan solo hay que tener en cuenta algunos aspectos.

Primeramente, limpieza de la herida:

- Con suavidad, limpiar los puntos o la herida con agua y jabón antibacteriano. Limpiarla dos veces al día hasta que se quiten los puntos o la herida esté curada. Limpiar usando un movimiento circular.
- Una vez limpio, secar palpando con una toalla.
- Después de limpiar, aplicar una pequeña cantidad de pomada antibiótica en los puntos o en la herida. - - Aplicar la pomada por dos o tres días.
- Si los puntos están en la cara, la pomada antibiótica debe usarse hasta que estos sean extraídos.

- No es necesario cubrir la herida después de 24 horas de la operación, a menos que el doctor recomiende lo contrario.

El siguiente paso es, si se tiene, cambiar el vendaje. Para ello seguiremos unos pasos, un total de 10, es el debido orden:

1. Con un producto de limpieza, limpiar la superficie en la que se va a trabajar. Además, cubrir la superficie con una toalla limpia.
2. Lavarse bien las manos con agua y jabón. También se puede usar un desinfectante con alcohol.
3. Preparar de antemano los vendajes, la cinta adhesiva y la pomada.
4. Abrir la envoltura del vendaje.
5. Quitar el vendaje usado, mirando la herida y revisando si supura o drena.
6. Tirar la venda usada a la basura.
7. Lavarse de nuevo las manos.
8. Limpiar la herida según las instrucciones anteriores.
9. Poner las vendas nuevas poniendo primero la más pequeña y terminando con la más grande.
10. Sujetar la venda con cinta adhesiva.

Aparte de todo esto, es necesario saber que no está permitido nadar o bañarse en la bañera mientras se tengan los puntos. Sí está bien ducharse, mientras la herida no se moje, a no ser que su doctor le diga lo contrario. Tampoco está permitido realizar deporte de contacto físico o choque.

En cuanto a los puntos de sutura, algunos están por debajo de la piel y se disuelven solos. Otros puntos se tendrán que quitar. El tiempo que los puntos permanecen en la herida dependerá del tamaño y lugar de esta.

5 Discusión-Conclusión

A lo largo de nuestra vida, nuestro organismo experimenta diferentes tipos de lesiones y heridas. Algunas las podemos evitar en gran medida; otras, en cambio, son más difíciles de eludir debido a una serie de circunstancias que se pueden llegar a dar, tal y como, por ejemplo, un accidente. Lo que sí está en nuestras manos es realizar una correcta curación de estas. De esta forma lograremos prevenir otra serie de inconvenientes que pueden llegar a surgir por un mal tratamiento. Es importante en todo caso consultar a un especialista, que éste dé los consejos necesarios y, a partir de ahí, seguirlos a rajatabla. Cómo cuidar una lesión o herida es algo que depende de nosotros.

6 Bibliografía

Heridas y lesiones. (2006). Injuries and Wounds. <https://medlineplus.gov/spanish/woundsandinjuries.html>

Cuidado de heridas. (2016, December 13). Children's Minnesota. <https://www.childrensmn.org/educationmaterials/childrensmn/article/17047/cuidado-de-heridas/>

Wikipedia contributors. (n.d.-b). Lesión. Wikipedia, The Free Encyclopedia. <https://es.wikipedia.org/w/index.php?title=Lesi%C3%B3n&oldid=142667095>

Capítulo 260

LA SEGURIDAD EN EL DEPORTE

ÁNGEL DÍAZ MÁRQUEZ

RUBEN DÍAZ MÁRQUEZ

1 Introducción

El deporte es una actividad, normalmente de carácter competitivo, que puede mejorar la condición física de quien lo practica.

De acuerdo con el Comité Olímpico Internacional (COI), la práctica del deporte es un derecho humano, y uno de los principios fundamentales del Olimpismo es que «toda persona debe tener la posibilidad de practicar deporte sin discriminación de ningún tipo y dentro del espíritu olímpico, que exige comprensión mutua, solidaridad y espíritu de amistad y de juego limpio».

El deporte es un fenómeno complejo que funciona como instancia de sociabilidad, alimenta el imaginario y las pasiones colectivas, genera sobresaltos de nacionalismo, moviliza ingentes capitales y se presta para la instrumentalización.

Refleja las tendencias sociales del momento histórico en cual se enmarca, configurándose y funcionando como un sistema social completo: es un fenómeno tan relevante a nivel social que contiene elementos característicos de la sociedad en sí misma y pone en movimiento la totalidad de las instituciones de la sociedad.

La práctica del deporte eleva también el bienestar y la calidad de vida de la sociedad por los efectos beneficiosos de la actividad física, tanto para la salud corporal como la emocional; las personas que practican deporte y otras actividades no sedentarias con regularidad suelen sentirse más satisfechos y experimentan, subjetivamente, un mayor bienestar.

2 Objetivos

El principal objetivo de este capítulo no es otro que ahondar en primera instancia en la definición de deporte, así como explicar cómo se refleja este en nuestra sociedad, con algunas ventajas y, finalmente, exponer diversos puntos para poder evitar lesiones de índole deportiva.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo de libro se ha realizado una revisión bibliográfica en la siguiente página web: Bupa.

Por otra parte, se ha recogido información de revistas científicas.

Las palabras claves encontradas en las diferentes páginas web son: deporte y lesión.

4 Resultados

A continuación se detallarán diversas formas de prevenir lesiones deportivas de cara a nuestra salud y bienestar:

CALENTAMIENTO

El calentamiento antes de comenzar a hacer ejercicio prepara al cuerpo, no solo física sino también mentalmente. Este tiene varios beneficios, como:

- Mayor flujo de sangre y oxígeno a los músculos.
- Mayor flexibilidad.
- Mayor relajación y concentración.

El calentamiento debe incluir distintos tipos de ejercicio, como trotar, estiramiento suave y un poco de ejercicios de resistencia.

ESTIRAMIENTO

El estiramiento antes y después del ejercicio puede mejorar la flexibilidad y evitar lesiones. Muchas de las lesiones deportivas más comunes se deben, en parte, a la falta de flexibilidad.

El estiramiento beneficiará especialmente a los músculos de:

- Las pantorrillas.

- Los muslos (cuádriceps).
- Los muslos posteriores (isquiotibiales).
- La espalda.

USAR EL EQUIPO CORRECTO

Existen cientos de distintos modelos de zapatillas en el mercado y saber cuáles comprar puede resultar algo abrumador. Las mejores zapatillas son las que se adaptan a la forma de los pies. Si no se está seguro de estar usando las zapatillas correctas, es una buena idea llevarlas a una tienda especializada en deportes y pedir asesoramiento.

Si la actividad implica que las lesiones sean por caerse de la bicicleta o al golpear la cabeza con una pelota, se deberá usar el equipo de protección concreto para aquel deporte.

TÉCNICA CORRECTA

No tiene sentido esforzarse en hacer ejercicio si se tiene una mala técnica, ya que esto es una forma casi infalible de terminar lesionado. Hay que procurar aprender las destrezas correctas cuando se comienza un nuevo deporte de forma de incorporar la práctica correcta.

CONOCER LOS LÍMITES

Cuando se hace ejercicio es importante escuchar al cuerpo y saber cuándo detenerse. Si no se ha hecho ejercicio en algún tiempo, es necesario comenzar lentamente y aumentar cuánto se hace en forma gradual. Esto ayudará a evitar un tirón o distensión muscular.

HIDRATACIÓN

Cuando se hace ejercicio se pierde mucho líquido, especialmente si este es en un ambiente caluroso. Es necesario reponer los líquidos que se pierden durante el ejercicio, lo cual es una parte esencial de la recuperación.

NUTRICIÓN

Comer los alimentos adecuados después de una sesión de ejercicios ayudará a recuperar, a abastecer la energía y proporcionar proteínas para ayudar a reconstruir y reparar cualquier tejido muscular dañado.

Si no se comen suficientes carbohidratos, el cuerpo obtendrá la energía de grasas

y proteínas cuando se hace ejercicio y originará una sensación de fatiga, pudiendo ocasionar una lesión.

DESCANSO

Es posible que haya gente con la necesidad de hacer ejercicio todos los días, especialmente si se está entrenando para un evento deportivo o si se quiere tanto perder grasa como ganar masa muscular.

En cuanto a la musculación, el descanso hará que la recuperación muscular sea más rápida y mayor, y con ella conseguiremos un mayor crecimiento muscular y un mejor rendimiento y predisposición en los futuros entrenamientos.

Es importante tomarse días de descanso en el programa de entrenamiento semanal para ayudar al cuerpo a recuperarse del ejercicio.

5 Discusión-Conclusión

El deporte tiene una gran influencia en la sociedad; destaca de manera notable su importancia en la cultura y en la construcción de la identidad nacional. La influencia del deporte en nuestra sociedad es enorme. Hoy en día, la práctica deportiva ha establecido gran parte del tiempo de ocio de las personas, tanto si son espectadores como actores del deporte. En el ámbito práctico, el deporte tiene efectos tangibles y predominantemente positivos en las esferas de la educación, la economía y la salud pública. Así pues, en los últimos años la práctica del deporte se ha visto considerablemente incrementada, y es por eso que es necesario que la gente que se decide a practicarlo, o ya lleva tiempo haciéndolo, tome conciencia, mire por su salud y bienestar, y prevenga lesiones.

6 Bibliografía

Cómo evitar lesiones deportivas. (n.d.). Bupalud.com. Retrieved April 26, 2022, from <https://www.bupalud.com/salud/evitar-lesiones-deportivas>
Wikipedia contributors. (n.d.-b). Deporte. Wikipedia, The Free Encyclopedia. <https://es.wikipedia.org/w/index.php?title=Deporte&oldid=143046566>

Capítulo 261

RIESGOS LABORALES EN EL ÁMBITO SANITARIO

MARIA LUISA RIESCO FERNANDEZ

1 Introducción

Los términos salud y trabajo están interrelacionados desde siempre, estableciéndose entre ellos tanto relaciones positivas como negativas.

Dependiendo del tipo de trabajo, el lugar y la función que desempeñe el trabajador, existen diferentes elementos que influyen en el entorno de trabajo, y que se relacionan con la seguridad y la salud. En el ámbito sanitario encontraremos 4 tipos de elementos que influyen en la salud del trabajador:

- De origen higiénico: condiciones físicas del lugar (iluminación, temperatura, ruido, raciones), factores contaminantes (sustancias y productos químicos, bacterias, virus, etc.).
- Ligados a medidas de seguridad: atendiendo a los materiales, elementos y herramientas móviles, cortantes y/o electrificadas.
- Ergonómicos: esfuerzos físicos (levantamiento, transporte, empuje o tracción manual de cargas o personas) posturas de trabajo incorrectos, uso continuado de ordenador, etc.
- Psicosociales: pueden afectar a nivel físico, mental y social y están relacionados con el nivel de exigencia, el estrés en el trabajo, la intensidad, las relaciones personales que se establecen en este ámbito, etc.

A partir de estos elementos, los trabajadores podrían sufrir daños contemplados dentro de los riesgos laborales: caídas, atrapamientos, sobre esfuerzos, explosiones, inhalaciones de sustancias nocivas y tóxicas, violencia en el trabajo, acoso, estrés, etc.

Ejemplo:

Uso diario en el trabajo de elementos ligados a medidas de seguridad (objetos cortantes o punzantes).

Riesgo laboral: riesgo de corte, pinchazo o infección.

2 Objetivos

Objetivo principal:

- Implantar medidas preventivas en el ámbito sanitario para evitar riesgos y accidentes.

Objetivos secundarios:

- Formar a los trabajadores en los riesgos existentes en el desempeño de su trabajo.
- Realizar mantenimiento, revisiones y reparaciones en instalaciones, así como materiales u objetos, periódicamente.

3 Metodología

Para la elaboración del presente artículo se han realizado una búsqueda sistemática de libros y manuales de riesgos laborales y salud, así como en diferentes páginas web. también se han consultado artículos en las principales bases de datos medline, pubmed y scielo.

4 Resultados

Se entiende por accidente de trabajo “toda lesión corporal que el trabajador sufra con ocasión o por consecuencia del trabajo que ejecuta por cuenta ajena”. Con el propósito de lograr un mayor nivel de protección frente a los riesgos derivados del trabajo, se establece la prevención de riesgos laborales, que en su definición en la Ley de Prevención de Riesgos Laborales se define como “El conjunto de actividades o medidas adoptadas o previstas en todas las fases de actividad de la empresa con el fin de evitar o disminuir los riesgos derivados del trabajo.” Se establece un sistema así, que permite identificar, analizar y evaluar los diferentes riesgos en los centros de trabajo. La prevención incluirá medidas preventivas que el centro de trabajo pondrá en marcha, para evitar cualquier riesgo.

Los trabajadores deberán conocer estas medidas que pueden ser de dos formas: individuales, cuando les proteja solo a sí mismos, y colectivas, cuando simultáneamente proteja a varios trabajadores. Existen cuantiosos mecanismos para prote-

gerse tanto si se trata de una medida u otra. El centro de trabajo, debe disponer y proporcionar todos los equipos de protección necesarios, en condiciones óptimas y los trabajadores deben ser informados y formados sobre las características de los mismos, así como de sus limitaciones.

Además de esto, el lugar de trabajo debe cumplir con unas normas higiénicas y de seguridad. Poco sirve disponer de muchos Equipos de Protección Individual (EPI) tales como guantes, mascarillas, batas quirúrgicas, o de elementos para medidas colectivas de prevención como los extintores, si en el lugar de trabajo hay otras condiciones que pueden llevar a accidentes, como humedades, instalaciones eléctricas mal aisladas, materiales apilados y mal colocados o instrumental usado mal desechado, por ejemplo.

5 Discusión-Conclusión

Los accidentes de trabajo, son un indicador de unas malas condiciones en el centro de trabajo. Para evitar los daños, en ocasiones graves o muy graves, derivados de los accidentes en la práctica profesional, se deben implantar diferentes obligaciones tanto para las empresas y centros de trabajo, como para los trabajadores. En el caso de los primeros, deben cumplir las normas, reglamentos y leyes de prevención de riesgos laborales, a nivel estatal y europeo, incluyendo las acciones preventivas en el desarrollo de sus actividades que han de adoptar fielmente para una eficaz seguridad y salud de sus trabajadores, evitando y evaluando riesgos, adaptando el trabajo a la persona, sustituyendo lo peligroso por lo que entrañe menos peligro o ninguno, planificando la prevención y dando las debidas instrucciones a los trabajadores.

6 Bibliografía

1. <http://portal.ugt.org/juventud/guia/cap4.pdf>.
2. <https://www.mheducation.es/bcv/guide/capitulo/8448175530.pdf>.

Capítulo 262

CELADOR EN EL ALMACÉN DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO CENTRAL DE ASTURIAS (HUCA)

BORJA ANTUÑA DAGO

1 Introducción

Podemos definir almacén como el edificio o local donde se depositan o guardan gran cantidad de mercancías para su posterior uso, venta o distribución. En un centro hospitalario tendremos al menos dos almacenes, uno el correspondiente al servicio de farmacia y el otro será el almacén general. El servicio de almacén hospitalario está adscrito a la División General de gestión y servicios generales del hospital.

El área sanitaria IV del Servicio de Salud del Principado de Asturias posee un almacén central al cuál llegan todos los suministros externos, es decir las mercancías y productos tanto sanitarios como no sanitarios que distribuyen los diferentes proveedores de materiales. A este almacén central llegan los pedidos de las distintas unidades hospitalarias así como también los de los centros de salud. Estos pedidos son preparados también por celadores del área IV del Servicio de Salud del Principado de Asturias y posteriormente se distribuyen en camiones a los diferentes hospitales y centros de salud del área VI.

La estructura y funcionamiento del almacén general del HUCA (Hospital Universitario Central de Asturias) y el trabajo que desempeñan los celadores dentro del mismo en cuanto a recepción y distribución de todos los pedidos va a ser el centro de la presente investigación.

2 Objetivos

Conocer las diferentes funciones que desempeña el celador en el almacén general del HUCA, destacando la importancia de la rapidez y efectividad en la distribución de los pedidos, así como el gran trabajo físico que realizan los trabajadores del almacén.

3 Metodología

Revisión bibliográfica. Para realizar este trabajo se ha recopilado información de diversas fuentes tales como textos relacionados con el tema del estudio, así como buscadores de datos como Google, Scielo y Pubmed.

En este proceso se emplearon palabras clave como: celador, almacén, suministro, mercancía, cajón y abastecer.

4 Resultados

En el almacén central se preparan los pedidos de las diferentes unidades del HUCA. Estos materiales se depositan en carros de aluminio preparados a tal efecto o también en palets. Una vez cargados en los camiones los suministros llegan al HUCA y se depositan principalmente en dos puntos; los carros se depositan en las dársenas de descarga para ser recogidos por los robots y llevados a diferentes puntos del hospital y los palets son depositados a la entrada del almacén general.

Una vez los robots han depositado los carros en las dársenas, los celadores tienen que distribuir los carros por las diferentes unidades del hospital y una vez allí:

- Tienen que comprobar el número de bultos con el pedido de los mismos.
- Descargar los bultos del carro y llevarlos al almacén de la unidad.
- En los almacenes del HUCA se trabaja con un sistema de doble cajón que vamos a detallar: en todos los almacenes hay unos cajones o estanterías para depositar los productos. Cada producto tienen dos cajones y dos tarjetas, una de color verde y otra de color naranja. Cuando el primer cajón o estantería se agota, el personal sanitario introduce la tarjeta verde en una máquina, la cuál lee esa tarjeta y automáticamente esa orden llega al almacén central. Si se agota el segundo cajón se introduce la tarjeta naranja. Esos productos quedan automáticamente pedidos. El objetivo es que el pedido de la tarjeta verde llegue antes de que se agote el pedido del segundo cajón, el de la tarjeta naranja. El celador es el encargado

de depositar los materiales en los cajones o estanterías correspondientes y tiene que volver a colocar las tarjetas que se introdujeron en las máquinas en el lugar correspondiente para que el personal sanitario pueda seguir con el proceso.

- Aunque casi todas las unidades del HUCA trabajan con el sistema de doble cajón, hay unas unidades específicas como los quirófanos cuya mercancía es entregada en mano y comprobada una por una con su correspondiente copia y firma por el responsable de dicha unidad.
- Hay otros pedidos de carácter urgente o que no son de doble cajón que también se entregan en mano.

A lo largo del día los celadores de almacén manejan mucha cantidad de bultos de diferentes pesos, hay que agacharse y levantarse muchas veces y caminar largas distancias recorriendo todos los almacenes del hospital. Es un trabajo muy físico puesto que el HUCA consta de muchas unidades tales como hospitalización, quirófanos, ucis, consultas externas, oficinas, etc.; cada una de ellas con diversos almacenes. Todas y cada una de ellas necesitan de productos constantemente y es función de los celadores distribuir tales productos de manera que nunca haya desabastecimiento.

5 Discusión-Conclusión

Las funciones que desempeña el celador en el almacén hospitalario son variadas, participando en diferentes tareas como recepción, control y distribución de los pedidos.

La rapidez, eficacia y agilidad de los celadores a la hora de distribuir los diferentes productos, mercancías, es fundamental para que nunca haya desabastecimiento en los almacenes de las distintas unidades que componen el Hospital Universitario Central de Asturias. El trabajo que desempeñan los celadores del almacén general es fundamental dentro del funcionamiento del hospital, así pues podemos decir que el almacén general es el pilar fundamental sobre el que se asienta el correcto funcionamiento del hospital.

6 Bibliografía

1. Rivilla G, Rivilla J. El celador: historia, evolución, formación y funciones. Revista Ocronos 2020.
2. <https://revistamedica.com/celador-almacen>.
3. <https://cfgmauxenf.blogspot.com/2011/05/almacenes-sanitarios.html>.

Capítulo 263

MANEJO DEL HISTORIAL CLINICO POR EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO

MARIA ELENA BARAGANO GARCIA

1 Introducción

La legislación sanitaria contempla la información de los derechos del paciente cuando este acude a un centro de salud, en cuanto se refiere al derecho de secreto y confidencialidad de su situación de salud y de protección de datos personales. Al ser la historia clínica el documento donde se encuentra dicha información sanitaria, está a de ser manejada de carácter privado.

La historia clínica es pues el documento sanitario mas relevante de cualquier usuario o paciente, en él queda reflejado, tanto en soporte de papel, audiovisual e informático, la situación y evolución de un paciente a lo largo de su proceso asistencial, este es propiedad del centro sanitario en que se encuentre, los archivara garantizando su seguridad, su correcta conservación y la recuperación de la información. Pertenece a los profesionales sanitarios los criterios y opiniones introducidas en ella.

La historia clínica se regula en la Ley 41/2002 del 14 de noviembre, Ley de Autonomía del Paciente y de Derechos y Obligaciones en materia de información y documentación clínica, también la Ley Orgánica 3/2018 del 5 de diciembre recoge la Protección de Datos personales y garantías de los Derechos Digitales.

Todo personal que tiene acceso al historial clínico de un paciente está obligado a mantener el secreto de la información que contenga, este secreto involucra tanto al personal sanitario como al no sanitario, como es el caso del auxiliar administrativo.

El paciente puede solicitar el acceso a su historial siendo denegado a cualquier familiar, solo si este es autorizado por el propio paciente podrá acceder a el. Posteriormente, cuando el paciente fallece, la historia clínica pasa a un archivo pasivo.

2 Objetivos

Objetivo principal:

- Garantizar una asistencia adecuada al paciente.

Objetivos secundarios:

- Obtener información de la salud del paciente para así facilitar el tratamiento de su enfermedad, por ello el auxiliar administrativo debe respetar todo lo que en ella se plasme manteniendo la normativa de protección de datos existente.
- Conocer los modelos de historia clínica.

3 Metodología

Se ha realizado una revisión bibliográfica con búsqueda en las principales bases de datos como: Pubmed y Google Academic.

En esta base de datos se ha utilizado como palabra clave "Historia Clínica", "privacidad datos sanitarios". También se ha consultado la legislación existente en materia de definición y acceso a la historia clínica.

4 Resultados

La Historia Clínica se utiliza cada vez que un paciente visita ese centro medico, ya bien sea para una consulta, un seguimiento o alguna realización de prueba.

Gracias a esta, el profesional que la atiende dispone de la información medica del paciente, sea el quien se la curso u otro profesional.

De esta manera la historia clínica:

- Posibilita la atención medica.
- Permite que se le realice una atención medica entre profesionales de distintas áreas.
- Aporta información para un correcto diagnóstico, quedando registrados los antecedentes del paciente y el estado actual de este.
- Permite decidir cual es el tratamiento mas adecuado para cada paciente.
- Se lleva a cabo un control de la evolución del paciente.

Los historiales clínicos pueden ser en dos formatos:

Historial clínico tradicional que es el que esta almacenado en papel.

Historial clínico electrónico, cuya información esta guardada en soporte electrónico.

Según en la situación en la que se recoge la información, hay tres tipos de historial:

1. De emergencia, se realiza durante una emergencia médica (parte de urgencias).
2. De consulta, suele ser el mas habitual y se realiza en la consulta del médico.
3. De hospitalización, que sería el historial que se realiza durante la estancia del paciente en el hospital.

A su vez hay tres modelos de historial clínico:

- La protocolizada, esta es en la que se lleva a cabo bajo un régimen de preguntas determinadas que permiten a los profesionales médicos llegar a un diagnóstico fácilmente.
- La cronológica, esta es la que engloba desde la aparición de la enfermedad, las pruebas a las que fue sometido, el tratamiento, el examen y las notas adicionales.
- La orientada a problemas de salud, este es el historial clínico que maneja sobre todo Atención Primaria.

5 Discusión-Conclusión

La confidencialidad y protección de datos es un derecho. Toda persona tiene derecho a que se preserve su intimidad y mas cuando se trata de problemas de salud, solamente la persona a la se refiere en el historial clínico tiene el derecho al conocimiento de ellos o en su caso la persona en la que este delegue.

La divulgación de información confidencial puede acarrear denuncias por parte de las personas que vean su intimidad expuesta, pudiendo generar delitos incluso a nivel penal.

El personal de administración y gestión de los centros de salud podrán acceder a los datos del historial clínico relacionado con la actividad que le es propia (utilizar, archivar, conservar, custodiar y transmitir información).

6 Bibliografía

1. Ley 41/2002 del 14 de noviembre.
2. Ley Orgánica de protección de datos <https://www.aepol.es>.
3. <https://www.nardoc.net>.

Capítulo 264

CONSECUENCIAS DE LAS NUEVAS VARIANTES DEL COVID EN EL PERSONAL NO SANITARIO

BEATRIZ TENREIRO ÁLVAREZ

1 Introducción

La pandemia por COVID-19 y sus nuevas variantes expone a la humanidad a diversos riesgos, no sólo físicos sino también socioemocionales, donde el miedo a lo desconocido de la enfermedad preocupa a todos sin excepción sean o no profesionales de la salud.

Uno de los problemas en el mundo laboral es la situación actual del Covid-19, sus variantes, sus síntomas y complicaciones, en especial en el ámbito sanitario.

Los celadores y los auxiliares administrativos ya son considerados personal de riesgo, ya que atienden a pacientes sospechosos o confirmados de estar contagiados de coronavirus.

Durante los primeros meses de la pandemia solo era considerado personal de riesgo el personal sanitario, sin tener en cuenta el resto de personal, que para muchos fueron los grandes olvidados.

La reorganización de turnos, suspensión de vacaciones, contratación de profesionales jubilados, etc.; y ahora la sobrecarga por ómicron, está dejando agotado al personal sanitario, acusando el aumento de contagios y todo lo que este proceso conlleva.

El personal tiene miedo a la aparición de nuevas variantes, a no saber como actuar, a no poder resolver las dudas de los pacientes, a contagiar a familiares, es

decir, viven con una incertidumbre que les provoca mucho estrés al que hay que poner una solución.

2 Objetivos

Objetivo principal:

- Explicar como se siente el personal del ámbito Sanitario.

Objetivos secundarios:

- Indicar las medidas de Protección adecuadas.
- Conocer como actuar en caso de un paciente positivo por Covid: si es un caso leve o grave.

3 Metodología

Para la realización del presente trabajo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre artículos existentes a través de Internet y y sobre opiniones de trabajadores tanto sanitarios y no sanitarios.

Utilizando las palabras claves:

- Ómicron.
- Baja laboral.
- Medidas de protección.
- Covid.

4 Resultados

Una cuestión muy importante para el ámbito sanitario es evitar y reducir el número de contagios del personal sanitario que debe atender a los usuarios en esta pandemia.

No debemos olvidar la importancia que tiene la vacuna frente al Covid-19, su seguridad y eficacia.

El personal se ha sentido frágil, con miedo a ser infectado, a poder contagiar a sus familias, desorientado por la abundante información y los constantes cambios en los protocolos de actuación, sobrecargados y agotados, con un gran volumen de pacientes para atender, por no poder resolver dudas de los pacientes y con ver situaciones difíciles.

Existe una elevada frecuencia de trastornos mentales, presentando niveles moderados a severos de ansiedad, estrés y depresión, por lo cual es prioritario tomar acciones específicas para proteger al personal.

El aumento del número de contagios por el avance de la variante Ómicron ha conllevado un incremento del número de bajas laborales y un aumento del número de PCR realizadas ya que esta nueva variante provoca muchos casos asintomáticos.

Ante todo esto, las principales herramientas del personal como medio de protección para atender la pandemia, han sido: capacitación para la higiene personal y equipo de protección personal (mascarillas, guantes, solución hidroalcohólica) y barreras físicas como pantalla de vidrio o de plástico.

En cuanto a las mascarillas existen varios tipos:

- Quirúrgicas desechables: evitan la emisión de organismos infecciosos, limitan la propagación del contagio. Se usarán manteniendo la distancia de seguridad y sin estar en contacto con pacientes de riesgo.
- FFP2: sirve para no contagiarse ya que protege a quien la lleva de organismos infecciosos y también para no contagiar. Se utiliza para desplazarse por el hospital o estar en contacto con pacientes.

Otras medidas en lo relativo al propio centro de trabajo son:

- Planificar las tareas, entradas y salidas garantizando la distancia interpersonal recomendada y evitar aglomeraciones en las zonas comunes.
- La importancia de la ventilación periódica en las instalaciones de forma diaria y por espacio de 5 minutos, reforzar tareas de limpieza (desinfectar regularmente todo el mobiliario).
- Proporcionar aseos bien aislados y desinfectados.
- Garantizar la disponibilidad de una sala bien equipada y ventilada en caso de que se decida poner en cuarentena a los trabajadores con alto riesgo de infección, y proporcionar apoyo a la salud y el bienestar de las personas en cuarentena.

Pero no solo estas herramientas mencionadas, el personal tiene que conocer como se actúa según la gravedad de la infección por Covid.

En aquellos casos que no requieran ingreso hospitalario y sean manejados en el ámbito de Atención Primaria, se indicará un aislamiento domiciliario, en el que se pueda garantizar un “aislamiento efectivo”, concluyendo con la realización de una PCR.

En los casos más graves que requieran ingreso hospitalario serán aislados durante su estancia en el hospital y manejados según los protocolos de cada centro.

5 Discusión-Conclusión

Estas medidas son una herramienta práctica y participativa para promover y orientar medidas eficaces en el contexto de la pandemia de Covid-19 con objeto de proteger la salud y la seguridad de los trabajadores sanitarios entre los que se encuentran los Auxiliares Administrativos y Celadores.

Actualmente, gracias a todo ello y a que gran parte de la población ya está vacunada, los indicadores de la pandemia se han reducido notablemente. Pero todavía no podemos relajarnos y debemos seguir insistiendo en muchas de éstas medidas, que si bien ya no son tan estrictas, son la única forma de protegernos para seguir conviviendo con el Covid-19.

El gran número de infecciones provocadas por ómicron abre la puerta a otra gran riesgo como la aparición de nuevas variantes y esto sumado a que la Organización Mundial de la salud (OMS) cree que no aparecerá ninguna vacuna que proporcione la inmunidad esterilizante, es decir, que evite contagios, no son buenas noticias para el persona del ámbito sanitario.

Para solucionar todo esto se recomienda optimizar los recursos sanitarios, coordinación entre profesionales de diferentes ámbitos, consensuando criterios de derivación, de seguimiento y de asistencia compartida, en la que el desarrollo de las tecnologías de la comunicación y la información facilita la relación entre profesionales y pacientes.

Garantizar la disponibilidad de efectivos suficientes para responder a la Covid-19, en particular mediante la contratación y formación de personal adicional, como profesionales sanitarios desempleados estudiantes de último año de formación, médicos y personal de enfermería jubilados y trabajadores voluntarios.

6 Bibliografía

1. <https://www.miteco.gob.es/es/ministerio/medidas-Covid19/buenas-practicas-centros-trabajo>.
2. <https://riesgoslaborales.saludlaboral.org/portal-preventivo/riesgos-laborales/riesgos-relacionados-con-la-seguridad-en-el-trabajo/proteccion->

colectiva-e-individual.

3. [https://revistamedica.com/
poster-medidas-preventivas-Covid-19](https://revistamedica.com/poster-medidas-preventivas-Covid-19).

Capítulo 265

LA HUMANIZACIÓN EN LA SANIDAD

BEATRIZ TENREIRO ÁLVAREZ

MAGDALENA AZABAL CASARES

INMACULADA CANO CABO

1 Introducción

Desde el ámbito de la Salud ofrecer una atención humana al paciente, es tener cierta empatía con ellos, identificando sus necesidades y su entorno.

El personal sanitario y no sanitario tienen que intentar comprender el significado que tiene para esas personas, la situación que afrontan en ese momento, conocer sus experiencias, valores, creencias, cultura y por tanto, establecer una comunicación afectiva y cercana.

Comprender que no se atienden enfermedades sino a personas y familias e incorporarles en la toma de decisiones.

El paciente sufre y espera que el profesional le ofrezca alternativas que le ayuden y un trato frío de seguimiento estricto con protocolos y guías en muchos casos no es una buena solución.

Entre algunos profesionales se tiende a describir el fenómeno de la deshumanización de la práctica sanitaria como un problema asociado al desarrollo tecnológico y a la despersonalización. Un ejemplo es la falta de formación en los profesionales del trato, en la intimidad y la inadecuada comunicación entre enfermo y profesional.

Humanizar la salud, es un proceso complejo que va desde la política hasta la cultura, la organización sanitaria, la mejora de la relación entre usuarios y pro-

fesionales y la formación de los profesionales, para ello habrá que mejorar el diseño del Sistema Sanitario y obtener un equilibrio en el bienestar de todos los implicados.

Hoy en día es un reto, debido a que el mundo cada vez es cada vez más tecnológico y a la sobrecarga de los sistemas.

2 Objetivos

Objetivo principal:

- Identificar las causas de la deshumanización en salud.

Objetivos secundarios:

- Conocer las Barreras en los sistemas sanitarios.
- Identificar las Principales herramientas para humanizar la sanidad.

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

1. Las principales causas de la deshumanización son:

- Problemas personales (tanto del paciente, excesivamente informado y el agotamiento del profesional).
- Complejidad del sistema.
- Falta de reconocimiento del sufrimiento. El sufrimiento se relaciona con el dolor, que puede ser evitable, pero no el producido por la ansiedad y miedos.
- Criterios Económicos. Cuando éstos están por encima de favorecer la salud del paciente.
- Desigualdad. Cuando el sistema no garantiza las mismas oportunidades independientemente de la situación de las personas.

- Súper-especialización de los profesionales. Aunque parece una ventaja, lo cierto es que a medida que obtenemos más conocimientos, nos olvidamos de ser más humanos.

- Tecnología. Hoy en día en casi todos los aspectos de la vida se está perdiendo el trato humano y las conversaciones.

2. Barreras en los sistemas sanitarios para facilitar los cuidados humanizados del paciente son:

- Tiempo limitado para tratar con el paciente: hay pacientes que necesitan más tiempo para averiguar que les pasa y sus causas.

- Contratos laborales de corta duración: esto no ayuda a que los profesionales se sientan motivados, con ganas de mejorar.

- Carga asistencial.

- Salarios insuficientes, lo cual lleva a compaginar varios empleos.

- Dificultad para realizar la conciliación familiar, en ciertas ocasiones.

- Aumento de labores administrativas y asistenciales.

3. Principales herramientas para humanizar en salud.

Para solucionar el aumento de la deshumanización en los servicios que ofrecen asistencia sanitaria, se están creando políticas estratégicas, exigiendo a los trabajadores respeto hacia los pacientes y una actitud acogedora y hospitalaria:

- Comunicación e información entre el personal sanitario, los pacientes y sus familias.

- Asistencia sanitaria de forma integral.

- Mejora de los servicios generales, los espacios y zonas comunes y el confort del paciente durante la estancia en estos servicios.

- Situar a los profesionales de salud como la parte activa en el proceso de humanización del cuidado proporcionándole conocimientos basados en principios éticos, científicos y humanizadores para llevarlo a cabo.

- Facilitar el acompañamiento.

- Dar también un papel protagonista en este ámbito a la ciudadanía.

- Terapias innovadoras (musicoterapia o cuentacuentos en unidades de pediatría).

- Campañas de sensibilización en servicios especiales.

5 Discusión-Conclusión

El hecho de tener una actitud humana hace que una persona dolorida, con sufrimiento, enferma, se encuentre mejor. Por lo que se hace necesario prestar una atención más personal y centrada en la persona. Se debe garantizar la atención

humanizada tan demandada por los pacientes y que requieren de los servicios sanitarios para cumplir con las metas de calidad.

Algunas comunidades autónomas están elaborando planes para mejorar este aspecto, elaborando un grupo multidisciplinar de personas formado por pacientes, familias y profesionales sanitarios y no sanitarios, con el objetivo de rediseñar la sanidad y realizar una atención excelente. Todo ello requiere inversión económica y una escucha de todos los protagonistas.

Tanto los pacientes como la propia institución, no deben ignorar las preferencias y las particularidades del personal del ámbito sanitario, ya que es imposible desarrollar un ambiente humanizado si el personal está insatisfecho y no es visto igualmente como ser humano.

Mejorar los aspectos humanísticos necesita de una colaboración multidisciplinar, utilización de los sistemas tecnológicos para estar en contacto continuo con los profesionales de la salud desde cualquier lugar.

6 Bibliografía

1. Diez claves para la humanización de la sanidad: Fundación HUMANS - EFE Salud.
2. De qué hablamos cuando hablamos de humanización de la sanidad. | GEE (geeresponsabilidadsocial.es).
3. Microsoft Word - siap 2016 Bilbao Dodecálogo personalizacion.doc (equipocesca.org).

Capítulo 266

CALIDAD SANITARIA-AUXILIARES ADMINISTRATIVOS Y CELADORES

MAGDALENA AZABAL CASARES

INMACULADA CANO CABO

BEATRIZ TENREIRO ÁLVAREZ

1 Introducción

Al igual que las empresas, dentro del Servicio de Salud Pública, debe existir la satisfacción del cliente y la Calidad del servicio, esencial para un resultado positivo de los usuarios de nuestro Sistema de Salud, que en realidad viene a gestionarse de igual manera que si de una empresa se tratara, y donde se conforman las medidas para una gestión eficiente con resultados satisfactorios para todos. Y en esta primera gestión al servicio de la salud estamos como primeros receptores de pacientes y usuarios, los Auxiliares Administrativos y los Celadores, por lo cual, nuestra responsabilidad pone de manifiesto en primera instancia la valoración que en primer término van a tener sobre el Servicio del Sistema de Salud, los usuarios y pacientes con respecto a la atención y cuidado del entorno, así como la responsabilidad sobre la utilización de materiales con respecto al ahorro y gestión de los recursos que tenemos a nuestro alcance, herramientas a nuestro alcance para facilitar la labor a desarrollar en beneficio de un mejor control de los recursos y de la atención personalizada de todos los que participamos desde el ámbito laboral y que revierte en lo que podemos denominar la calidad de un buen sistema de salud público.

2 Objetivos

La calidad será apreciada en un primer contacto del paciente o del usuario del Sistema de Salud por el personal no sanitario, a quienes en primera instancia se dirigen para pedir información o bien para gestionar los servicios propios de la sanidad, y es aquí, donde se determina la apreciación de la calidad, por la que debemos tener presente siempre el buen funcionamiento y la dinámica a seguir para conseguir la satisfacción ante nuestras actuaciones.

3 Metodología

La OMS (Organización Mundial de la Salud), define Calidad de Vida como la percepción del individuo de su posición en la vida en el contexto de la cultura y sistema de valores en los que vive y en relación con sus objetivos, expectativas, estándares y preocupaciones.

La calidad sanitaria encuadra las buenas prácticas, indicadores o estándares para brindar a los pacientes servicios donde pueda cuidarse, mejorar y recuperar su estado de salud, con una atención adecuada y oportuna. Es importante tener claras las relaciones que nuestra actividad como auxiliares, administrativos y celadores, genera dentro del ámbito sanitario, la atención, la información, y la disposición para que el usuario sienta que sus expectativas en cuanto a salud sean cercana. La calidad busca mejorar el proceso y llevar bienestar a las personas que la reciben, pero no menos importante es la misma atención a quienes, dentro del Sistema de Salud, también la ofrecen. En gran medida, nuestro trabajo, consiste en que ambas partes se sientan cómodos, los sanitarios, como trabajadores, también necesitan de esta calidad. Así como nuestra función se encarga de ello, igualmente, tenemos otra parte importante en cuanto a la gestión de material y del entorno en el que se desarrolla el trabajo sanitario. Todo unido y bien gestionado conforma a todos, y además proporciona una realidad de calidad en todos los sentidos.

4 Resultados

El procedimiento en nuestro trabajo en el conjunto de acciones establecidas que definen la sanidad, logran un servicio que repercute y mejora la calidad del servicio, así como la visión con la que los usuarios y pacientes ven satisfechas sus necesidades, emplazando a una mejor disposición y confianza para los siguientes pasos con respecto a su salud y al contacto con los sanitarios. Por tanto un programa de gestión de calidad ha de tener muy en cuenta nuestro trabajo, por

cuanto que somos los que atienden a las deficiencias en un primer momento. La satisfacción de tener a nuestro alcance todo el conocimiento en cuanto a la demanda tanto de usuarios, como de nuestros superiores, así como de saber gestionar con sabiduría y buen hacer todos los recursos de nuestro entorno, favorece el ahorro y enriquecimiento del Sistema Sanitario y proporciona bien estar, en cuanto a que en su conjunto todo está ordenado y bien planificado con respecto a nuestra labor, facilitando así unos resultados óptimos en su gestión.

Los criterios a seguir, son medidas que nos señalan las condiciones para poder considerar dentro de la calidad, que se han cumplido determinados aspectos dentro de la gestión y atención sanitaria, lo que quiere decir que es toda característica medible y observable que identifica un aspecto de la actividad o servicio. Su medida consta en los métodos de evaluación y mejora, vemos cómo está el nivel de calidad exigido para analizar las mejoras que se puedan llevar a cabo, y que deben ser medidas reales y adecuadas de conocimientos actuales y que puedan ser comprobados por otros medios, para asegurar que las bases en las que está sustentada la evaluación de calidad, sea la correcta para poder discernir si las medidas del servicio prestado son las adecuadas dentro del sistema de calidad de nuestro sistema sanitario.

5 Discusión-Conclusión

Como toda empresa, el servicio de Salud, debe proponer una finalidad y metas a las que llegar. Una planificación organizativa sanitaria debe considerar sus actividades en relación con la calidad, coordinadas y esquematizadas, teniendo siempre muy presentes a sus trabajadores en cuanto la finalidad del propósito que justifica la Calidad; atención, recursos, difusión, rapidez asistencial, en la que estamos implicados todo el personal, pero muy directamente y siempre en primera instancia los celadores y auxiliares administrativos. Es importante conocer qué esperan nuestros usuarios y pacientes, porque así tendremos los conocimientos suficientes para evaluar las necesidades demandadas, pero también tener claras las dependencias y relaciones que nuestra actividad genera, porque la calidad en el servicio es algo que todos en conjunto reclamamos.

6 Bibliografía

1. Ley General de Sanidad. Ley 14/1996. Art. 16/18 y 19.
2. scielo- Revista Española de la Salud Pública.
3. <http://www.who.int>.

OMS (Organización Mundial de la Salud).
4. <https://www.mcbs.gob.es>.
Gestión de Calidad. Ministerio de Sanidad.

Capítulo 267

LA COMUNICACIÓN ASERTIVA EN EL DESEMPEÑO DE LAS FUNCIONES DEL AUXILIAR ADMINISTRATIVO DEL ÁMBITO SANITARIO

JOSE ANTONIO FERNANDEZ RODRIGUEZ

JAVIER REDONDO VALBUENA

1 Introducción

Una cuestión que nos debemos plantear es, ¿Qué es la comunicación asertiva? La comunicación asertiva, también llamada no violenta, cómo la llamó el Doctor Marshall Rosenberg, es el camino intermedio entre la pasividad y la agresividad. Podemos decir que se trata de una comunicación mediante la cual se logra transmitir de forma clara, simple y oportuna el mensaje. Evitando el conflicto, logrando comunicarse de forma armoniosa y eficaz.

Un factor fundamental de la comunicación asertiva es la empatía, que es la capacidad de ponerse en el lugar del otro.

Un factor fundamental de la comunicación asertiva es la empatía, que es la capacidad de ponerse en el lugar del otro.

La comunicación asertiva combina dos tipos de conducta:

Conducta verbal: consiste en que el personal sea capaz de expresarse con el usuario, haciéndolo con firmeza, claridad y objetividad, pero sin que dé la impresión de estar imponiéndole algo. Siempre con respecto y empatía.

Conducta no verbal: consiste en que el personal tenga disposición para llevar a cabo una escucha activa, mantener contacto ocular directo, pero no desafiante,

habla fluida y segura, gestos firmes y relajados, y mantener el tono de voz controlado.

Ser asertivo significa tener una autoestima alta, creer en nuestros derechos y así poder relacionarnos con los demás de igual a igual.

2 Objetivos

Conocer las características de la comunicación asertiva en el desempeño de las funciones del auxiliar administrativo en el ámbito sanitario.

3 Metodología

Para la elaboración de éste artículo, se ha llevado a cabo una revisión bibliográfica acerca de la comunicación asertiva, basándonos en artículos y otros documentos disponibles, principalmente de autores como Marshall Rosenberg.

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

A continuación se exponen una serie de características que se deben de dar entre el auxiliar administrativo y el usuario, para conseguir en la comunicación asertiva:

- Mirar a los ojos del usuario: esto garantiza un mayor nivel de interés.
- Cuidar el lenguaje corporal: se debe estar en una actitud que transmita confianza, controlando los gestos.

Moderar el tono de voz: la comunicación será más convincente.

- Contenido: prudencia, hay que tener en cuenta el contexto y las formas antes de hacer comentarios.

Existen ciertas técnicas a las que se puede recurrir para conseguir la comunicación asertiva con el usuario. Algunas de ellas ayudan a mantener la situación bajo control en caso de que el usuario se dirija al personal en un tono o en una forma poco amigables:

- Técnica de escucha activa: sin escucha mutua, no existe buena comunicación.
- Técnica de clarificación: se trata de organizar las ideas, para transmitir las con claridad.

- Técnica del cambio ajeno: se utiliza cuando se pretende que el usuario con el que se está hablando, cambie o mejore la actitud que tiene y que está incomodando. Primero se debe asumir el problema, luego identificar el comportamiento a cambiar, y por último hacer el pedido explícito mediante la técnica de la clarificación.

Ejemplo:

- Usuario (gritando): ¡No puedo firmar en el recuadro, porque he olvidado mis gafas en casa!

- Auxiliar administrativo: disculpe, sus gritos no están ayudando mucho. Necesito que entienda que es necesario que firme la solicitud para poder llevar cabo la gestión.

Podría usted volver cuando haya cogido sus gafas para que pueda firmar?

- Técnica del disco rayado: consiste en repetir en varias ocasiones alguna afirmación dentro de una frase, sin cambiar el tono y la intensidad del mensaje. Ejemplo:

Usuario: Buenos días, podría atenderme ahora? Tengo mucha prisa.

Auxiliar administrativo: Buenos días, no se preocupe, le atenderé cuando llegue su turno.

Usuario: Entonces no puede atenderme pronto?

Auxiliar administrativo: podré atenderle en cuando llegue su turno caballero, intentaré que sea lo antes posible.

- Técnica del acuerdo asertivo: consiste en saber reconocer que se ha cometido un error cuando el usuario hace una crítica o un reclamo.

- Técnica del aplazamiento: consiste en aplazar la respuesta cuando se recibe un comentario, sugerencia o crítica. Con la intención de evitar una discusión. Ejemplo:

Auxiliar administrativo: “Disculpe, le explicaré el proceso cuando estemos más calmados”.

5 Discusión-Conclusión

La comunicación asertiva ayuda a conseguir que el mensaje llegue al usuario de forma clara, armoniosa y eficaz, disminuyendo los malentendidos con el usuario. A la vez que se logra evitar situaciones de conflicto.

Por ello es de gran utilidad para el auxiliar administrativo, tener la habilidad de emplear las técnicas de comunicación asertiva a la hora de comunicarse con usuarios, que en muchas ocasiones están vulnerables, irascibles, incluso agresivos.

Los usuarios acudimos al médico cuando nos encontramos mal, tenemos síntomas que nos hacen pensar que podemos tener alguna enfermedad, cuando

estamos recibiendo tratamiento para la curación, etc. Estas circunstancias tan ligadas al deterioro de la salud, hacen que en muchas ocasiones, el auxiliar administrativo tenga que tratar con usuarios vulnerables, irascibles, incluso a veces agresivos.

Por ello, es muy importante la habilidad del auxiliar administrativo para establecer una comunicación asertiva con el usuario, empezando por mostrar disposición de escuchar atentamente la necesidad que éste le traslada, y de intentar darle una respuesta lo más satisfactoria o razonable posible.

En el caso de que la solución que se le puede ofrecer al usuario, no le resulte satisfactoria, y éste manifieste su desacuerdo y enfado, es crucial que el auxiliar administrativo que le está atendiendo, sea capaz de mantener la compostura y tratar de aplacar esa reacción utilizando algunas técnicas de la comunicación asertiva.

6 Bibliografía

1. (2016) Comunicación No Violenta – Un lenguaje de vida. 3ª edición renovada y ampliada Marshall B. Rosenberg (276 páginas) Editorial Acanto.
2. <https://emiliovalcarcel.com/comunicacion-asertiva/>.
3. Asertividad. Wikipedia. Disponible en: <https://es.wikipedia.org/wiki/Asertividad>.

Capítulo 268

INFORMATICA BASICA PARA EL PUESTO DE CELADOR

FERNANDO VALLEJO BERNARDO

1 Introducción

Según La Real Academia de la Lengua Española, especifica que el ordenador es una maquina electrónica que, mediante determinados programas, permite almacenar y procesar información de diversa índole, y de resolver problemas aritméticos y lógicos.

Un equipo informático utiliza diferentes dispositivos fundamentales entre los que se encuentran una serie de componentes, la placa base, pantalla, teclado y ratón, a este conjunto de depósitos físicos y al conjunto de componentes que integran la parte material de un equipo informático se le conoce como Hardware que junto con el Software forman los componentes principales de una computadora.

Una pieza fundamental e indispensable para el correcto funcionamiento de un ordenador es el sistema operativo el cual se encarga de la gestión de procesos, de memoria ,de almacenamiento, la entrada y salida de información a través de los periféricos y de administrar todos los recursos de la computadora la cual facilita la puesta en marcha del equipo.

Los periféricos, que son dispositivos auxiliares e independientes que se conectan al equipo informático cuya función es la de intercambiar información o datos pudiendo ser periféricos de entrada, los cuales permiten meter datos al equipo informático como por ejemplo el teclado, el ratón, micrófono, tabletas y los periféricos de salida que son aquellos que facilitan enviar información al exterior valgan como ejemplos, el monitor, impresora, altavoces.

Actualmente existen múltiples sistemas operativos en el mercado, Mac, Unix, Linux o Windows siendo el más conocido y usado por todos.

2 Objetivos

- Dotar al celador de los conocimientos informáticos básicos a nivel de usuario
- Diferenciar cuales son los periféricos de entrada y periféricos de salida.

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 unidad central de proceso más conocida como CPU, es uno de los componentes de un equipo informático, el cual es el encargado de interpretar las instrucciones contenidas en los programas y procesar los datos de forma rápida y eficiente a través de aplicaciones y herramientas emplazadas en el equipo informático.

En la actualidad los ordenadores son la herramienta más usada e imprescindible en el ámbito laboral, ejecutan de forma automática y a una gran velocidad una cantidad enorme de datos con una formidable exactitud y precisión por lo que resulta una herramienta imprescindible para el desarrollo y avance de las la tareas a realizar por parte de un celador en los centros de salud y hospitales generales facilitando una óptima gestión del trabajo.

Usando un software de aplicación como puede ser Google Chrome, Office, Word, Excel los cuáles nos permitirían desarrollar ágilmente diferentes tareas, bases de datos, agendas, carteleras de turnos para el personal sanitario.

Para la realización de las tareas mencionadas anteriormente nos podemos valer del sistema operativo de Windows.

El escritorio, que dependiendo de la configuración que el usuario haya realizado, se muestran diferentes elementos, la barra de tareas situada en la parte inferior de la pantalla, el botón de inicio en el que pulsando se despliega un menú que permite acceder a todo el sistema operativo siendo por esto el icono más importante

de Windows y los iconos, dentro de los que nos podemos encontrar carpetas, documentos, accesos directos que son atajos que permiten acceder a carpetas, archivos u otras aplicaciones , la papelera de reciclaje, serían las partes básicas del entorno de trabajo de Windows en la que previamente deberemos introducir el nombre de usuario y contraseña.

5 Discusión-Conclusión

Hoy en día con las prisas, la multitud de datos que hay que procesar y tareas que hay que realizar en el ámbito sanitario se hace imprescindible por parte del celador el manejo y conocimientos de herramientas ofimáticas y aplicaciones en un equipo informático, con el que podrá dar un apoyo a determinados servicios, como por ejemplo hacer un parte de una incidencia acontecida durante el servicio para que posteriormente sea reparada por el personal de mantenimiento o una atención personalizada al usuario para facilitarle información general, ubicación de servicios, horarios o sus derechos y deberes en la que los poderes públicos deben informar a dichos usuarios según el artículo 9 de la ley 14/1986 de 25 de abril, General de sanidad.

6 Bibliografía

1. Celador del Sespa. Tema 23 editorial Cep. Edición 2018.
2. Referencias legislativas ley 14/1986 de 25 de abril, General de sanidad.
3. Recursos web: Google, Real academia de la lengua.

Capítulo 269

PANTALLAS DE RIESGO LABORAL PARA EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO DEL HOSPITAL.

JOSE ANTONIO FERNANDEZ RODRIGUEZ

JAVIER REDONDO VALBUENA

1 Introducción

Cada vez es más frecuente la realización de estudios relacionados con las pantallas de visualización de datos (PVD), siendo las más frecuentes en el ámbito laboral aquellas que forman parte de un equipo informático. Además, las consultas de oftalmología han incrementado su demanda debido al uso generalizado de dispositivos informáticos y su consecuente efecto en la salud ocular.

Con el avance de la tecnología, se han informatizado muchos procesos de trabajo en el ámbito sanitario como la digitalización de historias clínicas, radiografías, analíticas, procesos de esterilización, etc. Por ello, es muy frecuente el uso de equipos informáticos u otro tipo de pantallas de visualización en la mayoría de las unidades de los hospitales y no solo en los puestos meramente administrativos como son las consultas médicas o de enfermería, farmacia, almacenes, laboratorios, esterilización, quirófanos.

La normativa que regula este riesgo ergonómico es el R.D. 488/1997, de 14 de abril, sobre disposiciones mínimas de seguridad y salud relativas al trabajo con equipos que incluyen pantallas de visualización.

Un puesto de trabajo con equipos que incluyen Pantalla de visualización de Datos (PVD) es aquel constituido por un equipo con PVD provisto de teclado o dispos-

itivo de introducción de datos, de un programa, de accesorios ofimáticos, de un asiento y mesa de trabajo y el entorno.

No todo trabajador que tiene una PVD en su puesto de trabajo tiene tal consideración. Se considera trabajador de equipos con PVD cualquier trabajador que habitualmente y durante una parte relevante de su trabajo utilice un equipo con PVD.

2 Objetivos

- Conocer los riesgos y consecuencias que conlleva la exposición prolongada a pantallas de equipos informáticos.
- Proponer la adopción de ciertas medidas que puedan contribuir a la prevención de los citados riesgos y consecuencias.

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 uso de pantallas en el entorno laboral ha pasado a ser totalmente necesario para poder realizar trabajos como el de auxiliar administrativo. Dicho uso está asociado a la aparición de ciertos riesgos laborales cuando se realiza de forma continuada.

Posibles factores de riesgo:

Se pueden agrupar teniendo en cuenta su relación con:

- El equipo: incluye la mesa, el asiento, el teclado, la pantalla, la impresora, el ratón y los cables.
- El entorno: teniendo en cuenta el calor, el frío, la iluminación, el espacio, la tranquilidad y el ruido.
- La organización del trabajo: considerando la formación de los empleados, la postura en el trabajo y la protección de la vista de los trabajadores.

Consecuencias mas frecuentes:

1. Fatiga visual: es uno de los principales efectos del uso prolongado de pantallas. Se trata de una molestia común que surge tras realizar un esfuerzo acomodativo excesivo y continuo, tras pasar mucho rato utilizando la visión próxima, por ejemplo.

Entre los síntomas más significativos se encuentran la sequedad de ojos, picores y quemazón, somnolencia, lagrimeo, necesidad de frotarse los ojos o el aumento de parpadeo.

En algunas ocasiones aparecen incluso dolores de cabeza que suelen estar localizados en la zona de los ojos o de la frente.

Puede venir acompañada de visión borrosa la cual desaparecerá en el momento en que se pare la actividad y descanse.

2. Fatiga física: agotamiento corporal que puede venir acompañado de dolores musculares ante la incapacidad para relajarse tras un esfuerzo físico.

Uno de los síntomas más significativos es el dolor de espalda, bien sea a través de diferentes dolores en el cuello, la nuca, las lumbares o la columna vertebral.

3. Fatiga mental: cansancio en el que la capacidad intelectual se ve afectada debido a un esfuerzo mental o intelectual excesivo.

Se puede manifestar mediante cefaleas, nerviosismo, ansiedad, dificultad de concentración, insomnio, pesadillas o sueño agitado.

Con el fin de mitigar e intentar paliar los daños que pueden producir las PVD en la salud de los trabajadores, se recomienda lo siguiente:

- Utilizar un asiento ergonómico en el puesto de trabajo.
- Asegurarse de la formación específica de los trabajadores.
- Detectar y evaluar los posibles riesgos.
- Ajustar la luminosidad de forma adecuada.
- Efectuar los descansos oportunos.
- Realizar una correcta graduación óptica si fuese necesario.
- Establecer vigilancia médica de forma periódica.

5 Discusión-Conclusión

Las conclusiones que podemos extraer de este capítulo son las siguientes:

Sería conveniente que previo a la incorporación a un puesto de trabajo en el que el uso de pantallas de visualización de datos (PVD) sea estrictamente necesario, se realizara una evaluación de los posibles riesgos teniendo en cuenta todos los factores relacionados con el citado puesto de trabajo con el objeto de prevenir dichos riesgos.

Asimismo, se debe señalar la importancia en cuanto a la formación específica del trabajador y, por otro lado, a un buen seguimiento por parte del personal médico correspondiente.

6 Bibliografía

1. <https://muysaludable.sanitas.es/salud/como-afectan-las-pantallas-a-la-salud-visual/>.
2. Curso del CSIF prevención de riesgos laborales para personal no sanitario.<https://gestionformativa.es/index2.php.campusvirtual>.

Capítulo 270

ACTUACION DE UN CELADOR ANTE EL DECESO DE UN PACIENTE

JAVIER REDONDO VALBUENA

JOSE ANTONIO FERNANDEZ RODRIGUEZ

1 Introducción

La muerte es una parte natural de la vida. El término deceso se refiere a la muerte de un paciente. La muerte es el cese total de todas las funciones vitales del organismo humano. El término más usado en los documentos oficiales es "exitus", aunque también se utilizan términos como defunción, deceso u óbito. El personal sanitario es quien tiene la competencia de la valoración y certificación de la muerte del paciente. Entre los primeros signos de que el paciente ha fallecido están la ausencia de movimientos respiratorios, del torax ni abdomen, la desaparición del pulso y de los latidos cardiacos, la pérdida de sensibilidad cutánea y la falta de tono muscular.

Posteriormente, primero, el cadáver empieza a enfriarse, después aparece la rigidez cadavérica, que lleva a la lividez y finalmente a la putrefacción del mismo. En los centros sanitarios y fundamentalmente en los hospitales es bastante común que se produzcan fallecimientos de pacientes, sobre todo de aquellos que tienen una edad avanzada o padecen una enfermedad grave. El celador ayudará al personal sanitario a amortajar el cadáver. Cuando este esté preparado el celador es el responsable de llevarlo a la zona de mortuorios. El jefe de turno de celadores es el encargado de ponerse en contacto con los servicios funerarios

2 Objetivos

El objetivo de este trabajo determinar las funciones a realizar por el celador ante un paciente fallecido y describir el procedimiento del amortajamiento del cadáver

3 Metodología

Para la elaboración de este estudio, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y, también, se han consultado artículos en las principales bases de datos: Scielo, Medline y Pubmed, seleccionando artículos científicos relacionados con el tema a tratar procedentes de publicaciones académicas revisadas e información de guías actualizadas. Las palabras clave utilizadas en la búsqueda han sido deceso, èxitus y amortajamiento

4 Resultados

El mèdico es el encargado de certificar la muerte del paciente. El celador jamàs comunicarà a los familiares el fallecimiento del paciente. Esto es responsabilidad del personal facultativo. El celador ayudará a las enfermeras y al personal encargado a amortajar a los pacientes que hayan fallecido. Después será el encargado de trasladar al cadáver al mortuario.

- el amortajamiento comenzará después de la certificación del fallecimiento por el personal facultativo.
- se realizará antes de que comiencen a aparecer signos del rigor mortis y siempre en la mayor intimidad posible.
- El cadáver se manipulará con guantes
- Se colocará el cadáver en posición decúbito supino con los brazos a los lados y las manos cruzadas sobre el abdomen.
- Se dejará la almohada de la cabeza en posición ligeramente elevada para evitar que se produzca estancamiento de sangre.
- Se retirarán los drenajes y sondas y los objetos personales del cadáver.
- Se realizará la limpieza del cuerpo.
- Se cerrarán los ojos y la boca del cadáver y, en caso de que algún orificio natural expulse líquidos, se taponará.
- Se introducirá el cadáver en la bolsa mortuoria y se cerrará la cremallera. En la bolsa se pegará un impreso con los datos personales de la persona fallecida.

Despuès el celador serà el encargado del traslado del cadàver al depòsito de cadàveres. El cadàver debe ir completamente cubierto por una sàbana. El celador nunca irá acompañado de los familiares del difunto. Antes de salir de la habitación con la camilla se asegurará de que el pasillo se encuentra despejado de enfermos y visitantes. En caso contrario les invitarà a entrar en sus habitaciones y luego saldrà con la camilla. El traslado al mortuorio deberá realizarse despuès de recibir el parte de traslado correspondiente. Hasta que el personal facultativo no lo indique no se iniciará el mismo. El traslado se realizará por lugares poco frecuentados y de forma discreta frente al resto de los enfermos o familiares que los visitan (si hay gente en los pasillos, se les invitarà a entrar en la habitación etc.). Se bajará con discreción al mortuorio depositando el cadàver en la cámara frigorífica, (de manera que la cabeza del enfermo quede a la puerta de la cámara, por si hubiese que reconocer el cadàver) dejando en la puerta una etiqueta con los datos del cadàver para su posterior, identificación. El mortuorio, debe permanecer en las mejores condiciones de higiene y limpieza después de la colocación del cadàver en la cámara. Si al cadàver debiera realizársele previamente una autopsia o "necropsia", deberá ser conducido igualmente por el celador hasta la cámara frigorífica libre correspondiente, salvo que se le esté esperando para realizar la misma, algo improbable. Hay que recordar que el cuerpo del difunto pertenece por ley a su familia, salvo que éste haya dispuesto de forma explícita y por escrito otra disposición (instrucciones previas) o bien que la familia lo done con fines científicos o humanitarios. Una vez finalizadas estas labores regresará a su puesto de trabajo, manteniendo todas las medidas higiénicas pertinentes.

5 Discusión-Conclusión

La conclusión que podemos extraer de este trabajo es la importancia que tiene el celador en todos los procedimientos a realizar después del fallecimiento de un paciente. El celador participa en la mayoría de los procesos una vez que el paciente ha fallecido, colaborando en el amortajamiento, trasladando al cadàver y realizando las tareas que tiene específicamente encomendadas tanto en el mortuorio como en la sala de autopsias o la entrega a la empresa mortuoria.

En un momento de gran dolor para los familiares del fallecido el celador debe tener claro las responsabilidades y funciones a realizar una vez que se produce el deceso de un paciente.

6 Bibliografía

revistamedica.com/funciones-celador-exitus-mortuorio-autopsias/ https:
//revistamedica.com/actuacion-celador-paciente-fallecido-2
https://congresosicepa.com/celador-deceso
https://revistamedica.com/actuacion-celador-exitus-paciente
https://congresosicepa.com/funciones-celador-fallecimiento
https://revistamedica.com/procedimiento-celador-fallecimiento-paciente
https://revistamedica.com/celador-amortajamiento-autopsias

Capítulo 271

EL TELEFONISTA ANTE UNA URGENCIA CARDIACA

RUFINA MATOQUE CERRO

MARIA JESÚS MARTÍNEZ CASTAÑO

GEMA BUITRAGO BUITRAGO

MARIA CARMEN ALFARO LÓPEZ

ANA ISABEL DEL SOTO RUIZ

1 Introducción

En este capítulo hablaremos sobre la actuación del telefonista al recibir la llamada de un paciente con una posible insuficiencia cardíaca.

El primer contacto de la persona que llama será con el telefonista el cual deberá actuar de manera calmada a la par que con cierta agilidad y ligereza ,recabando la mayor cantidad de datos posibles para poder coordinar las siguientes actuaciones del personal sanitario para con el paciente.

Ante una situación de urgencia el telefonista nunca deberá perder los nervios todo lo contrario deberá calmar y tranquilizar al interlocutor a la vez que pone en marcha el dispositivo de llamada para el personal que sea necesario ante esta urgencia cardíaca.

Por eso ante la llamada de urgencia el telefonista actuara siempre en calma y sera muy claro conciso en su actuación con quien esta hablando primeramente para

despues sguir siendo igual de claro y conciso para poder transmitir toda esa informacion k le ha facilitado el interlocutor y asi de esta manera poder hacersela llegar de la manera mas clara posible al personal ke deba actuar ante dicha urgencia cardiaca..ya sea personal del centro hospitalario como personal de transporte o de cualquier otro servicio que precise actuar ante la urgencia.

2 Objetivos

Conocer la actuación del telefonista ante una urgencia cardiaca.

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 urgencias cardiacas son los trastornos del ritmo cardiaco, ya sea por exceso (taquicardias), por defecto (bradicardias) y por la aparición de ritmos anormales. Suelen manifestarse clínicamente como un síncope (pérdida de conocimiento), un fallo cardíaco o por la aparición de palpitaciones.

Dentro de las urgencias cardiacas las siete mas frecuentes serian:

Infarto de miocardio: para su diagnostico es importantisimo saber la sintomatología del paciente

Insuficiencia cardiaca: síntomas como el cansancio los edemas o la falta de aire pueden delatar la insuficiencia cardiaca

Emergencia hipertensiva: manifiesta alarmante y excesiva presión arterial

Tromboembolismo pulmonar: formación de un coagulo en una vena del organismo que al desprenderse puede llegar al pulmón provocando muerte subita

Arritmias: presentan trastornos del ritmo cardiaco ya sea por exceso (taquicardias)o por defecto(braquicardias)

Síndrome aortico: tanto el envejecimiento como otros factores externos tales como el tabaco hipertension arterial determinadas infecciones ...son los principales causantes

Sincope: se produce cuando durante unos segundos no llega suficiente sangre al cerebro

Ante dichas urgencias cardiacas el telefonista debe estar plenamente formado para que mediante ciertas preguntas pueda detectar y poder obtener la suficiente información para poder trasladarla al personal sanitario y estos puedan saber ante que tipo de urgencia deben de actuar y que prioridad tiene.

Las enfermedades cardiovasculares suponen aproximadamente el 10% de todas las urgencias y son cada vez más numerosas dado el creciente y progresivo envejecimiento de la población. Son las urgencias más frecuentes en Atención Primaria y su gravedad es muy importante dado que muchas de estas enfermedades tienen la capacidad de matar.

El infarto de miocardio es la primera causa de mortalidad en varones de más de 60 años y entre las mujeres, aunque el ictus es la causa de mortalidad más frecuente entre las cardiovasculares.

Entre el género femenino, la mortalidad por infarto de miocardio en mujeres triplica a la que ocasiona el cáncer de mama y el total de la mortalidad cardiovascular es también superior a la que produce la suma de todos los tumores malignos.

5 Discusión-Conclusión

Por lo general en este capítulo de atención a la urgencia cardiaca hemos podido mostrar la forma de actuación del telefonista la cual debe ser calmada a la vez clara concisa y eficaz.

También hemos conocido las urgencias cardiacas mas comunes y cuales son a priori sus síntomas mas comunes los cuales debe intentar poder obtener el telefonista mediante su comunicación con el paciente o familiar o allegado .

Y por ultimo la rápida actuación y coordinación del telefonista ante la primera llamada de urgencia como de la puesta en marcha del operativo de actuación ante la urgencia cardiaca del tipo que sea.

6 Bibliografía

<https://sas.mad.es>

<https://sspa.juntadeandalucia.es>

www.canaldeoposiciones.com

www.infosalus.com
www.revistamedica.com

Capítulo 272

EL TELEFONISTA Y LA SALUD LABORAL

RUFINA MATOQUE CERRO

MARIA JESÚS MARTÍNEZ CASTAÑO

GEMA BUITRAGO BUITRAGO

MARIA CARMEN ALFARO LÓPEZ

ANA ISABEL DEL SOTO RUIZ

1 Introducción

En este capítulo vamos a abordar la salud laboral en la jornada de trabajo del telefonista, así como las medidas de estabilidad que tienen que adoptarse para reducir peligros en este sector.

Los primordiales peligros que tienen la posibilidad de padecer en este sector podrían ser desde la fatiga visual debido a la proporción de horas ante pantalla, monitor, etc.; a la fatiga física gracias a la postura comúnmente sentado durante la jornada laboral. Otros factores de peligro podrían ser la posibilidad de caídas del personal al mismo nivel, golpearse contra objetos que estén en nuestro espacio de trabajo, contactos eléctricos directos a partir de un enchufe a un ventilador, calefactor, etc.; logrando derivar todo ello a otro factor de peligro bastante importante como podría ser un incendio. Lo cual el personal de este sector debería tomar medidas preventivas para evitar dichos peligros. Tratando eludir malas

posiciones en la silla de trabajo, hacer pausas cortas y comunes ,evitar iluminación insuficiente en su puesto de trabajo, hacer ejercicios de relajación muscular, eludir que el pavimento o suelo se moje o humedezca previniendo de esta forma resbalones, tratar de que los cables o alargaderas de máquinas eléctricos se encuentren junto al suelo o pared y sujetos mediante pasacables o canaletas. Con estas medidas se evitan varios o diferentes accidentes en el puesto de trabajo de dicho sector.

2 Objetivos

- Conocer los peligros a los cuales nos enfrentamos en nuestro puesto de trabajo.
- Minimizar los ostensiblemente estos peligros por medio de correcciones, cambios, relajación, hábitos o materiales adecuados en nuestra área laboral y en nuestro ámbito de trabajo.

3 Metodología

Para la ejecución de este capítulo hemos intentado obtener información en páginas relacionadas con riesgos de trabajo en diversos sectores, sin embargo mas enfocado al personal laboral telefonista. Hemos valorado cuáles serian sus más grandes peligros para que se conozcan y logren evitarse o al menos logren ponersele medidas para que no sucedan o se tengan bastante presente.

4 Resultados

Un telefonista o teleoperador es un profesional que pasa la mayoría de su jornada laboral en una gran sala llena de puestos con ordenador, sentado delante de uno de estos del que obtiene e incorpora información, con un audífono y un micrófono colgado de la oreja por medio de los cuales gestiona llamadas telefónicas. Puede llegar a atender bastante más de mil llamadas en una jornada laboral, aunque la media suele estar en un centenar. Su jornada laboral suele ser en turnos de mañana, tarde y noche, con escasa alteración de labores y enumerados con salarios mas bien bajos. Al telefonista se le pide ser una persona resistente a la presión, dirigida al triunfo, capaz de captar las emociones y necesidades de otros, de reacciones rápidas, capaz de manejar mucha información, con vocabulario extenso, capaz de hacer frente a consumidores, pacientes, situaciones bastante diferentes y mantener el control de emociones exigentes, altivas, groseras,

etc. A pesar de ser considerado un trabajo "no perjudicial" se trata de un puesto que crea graves peligros para la salud de estos trabajadores. Los aspectos que más insatisfacción producen en los telefonistas acostumbran ser: la temperatura, la calidad del viento, las corrientes de viento, ventilación, los reflejos y deslumbramientos en la pantalla, el sonido ambiente, material viejo e molesto, la ausencia de limpieza del puesto de trabajo y la carencia de espacio para dejar sus enseres. Uno de los riesgos de trabajo más descrito es el sonido, el peligro biológico además está tomando en cuenta en este ambiente de trabajo debido a que se usa mucho el aire acondicionado y además comparten audífonos y micrófonos. Los recursos o materiales del puesto de trabajo (sillas, mesas, pantalla, etc.) no continuamente permanecen en las mejores condiciones. Unas condiciones no confortables pueden obligar a la adopción de posturas bastante pésimas debido a la poca movilidad que posibilita este trabajo. El sencillo hecho de tener que quedar sentado a lo largo de horas conlleva una principal carga muscular por el mantenimiento de la postura estática prolongada toda la jornada laboral.

5 Discusión-Conclusión

El personal laboral telefonista parece una profesión considerada poco peligrosa, sin embargo puede llevar a crear graves peligros tanto físicos como psíquicos. Para eso lo mas fundamental va a ser conocerlos, atajarlos y tratarlos o evitarlos. Al ser un trabajo un tanto monótono, los peligros acostumbran ser casi a diario los mismos. A partir de la calidad del aire, a escasez de espacio a material estropeado o viejo (tanto sillas incómodas o mesas) y largas horas de trabajo en posiciones erguidas o sentadas son factores bastante de peligro para dichos profesionales. Sería importantísimo modificar labores, ambientes, reglas, materiales e inclusive horarios para lograr desarrollar esta profesión en las condiciones mas beneficiosas posibles para los trabajadores.

6 Bibliografía

1. www.edutedis.com.
2. www.jmcprl.net.
3. www.insst.es.
4. www.porexperiencia.com.

Capítulo 273

EL CELADOR EN EL SERVICIO Y ÁREA DE URGENCIAS

SANDRA INMACULADA RODRÍGUEZ LÓPEZ

MARÍA SOL GARCIA MASELI

CRISTINA TRIVIÑO DE LA CONCEPCION

FLAVIO COSÍO MORENO

THAMARA LARA DEL AMO

1 Introducción

La atención urgente, tanto en los centros hospitalarios, como en los centros de salud, es un servicio que se presta a los pacientes y usuarios para una atención inmediata. Al servicio de urgencias acuden pacientes demandando asistencia médica urgente, entre las cuales debemos de discernir entre una emergencia y una urgencia:

- La emergencia requiere una actuación urgente, porque implica un riesgo vital o riesgo de secuelas para el paciente.
- La urgencia requiere una actuación médica en un corto periodo de tiempo, pero no conlleva un riesgo inminente de fallecimiento.

El servicio y área de urgencias de un hospital están ubicados en uno de los accesos al centro, por el cual ingresan los pacientes, (durante las 24 horas del día los 365 días del año), que necesitan una atención inmediata y urgente, derivada de

problemas diversos y gravedad variable. No requiere de cita previa y trata a los pacientes en función de la gravedad de su dolencia.

El celador, dentro del organigrama del servicio de urgencias, presta una asistencia esencial, es la primera atención que reciben los pacientes que llegan a este servicio, ya que son los destinados para recibirlos (a pie, silla de ruedas, camilla) y trasladarlos a la zona de admisión o a la de triaje, dependiendo de la gravedad de la situación.

2 Objetivos

Describir la participación del Celador en la distribución y movilización de usuarios, dentro de los servicios de urgencias de un hospital.

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 cuidadores de los servicios de emergencia son responsables de:

- Control de acceso y seguimiento de dependencias internas.
- Recepción de pacientes y acompañantes.
- Soporte para tareas enlatadas, limpieza, etc.
- trasladar pacientes y controlar los medios de transporte (silla de ruedas, camilla, cama, tanque de oxígeno, gotero, etc.).
- Traslado de equipos y mobiliario (laptops RX, sillas de oficina, escritorios, mesa, etc).
- Transferir archivos y analizar.

El cuidador será el responsable de recibir la llegada del paciente (vehículo privado, ambulancia, etc.) y utilizar el transporte requerido (sillas, camilla, etc.), a través de los servicios de admisión (si la urgencia lo permite) o triaje (en este caso un acompañante).

Los datos se darán en el momento de la admisión), en función de sus criterios de evaluación.

Los cuidadores apoyarán a los servicios de emergencia en el desempeño de sus propias funciones.

Los celadores trasladarán y acompañarán a los pacientes a realizarse diferentes pruebas (radiología, quirófano, endoscopia, etc.), requerirán una valoración adecuada de su urgencia y los trasladarán a las diferentes áreas de hospitalización.

El celador mueve el equipo y los muebles a los lugares identificados por el superior. Trasladarán documentos, folletos, historia clínica a los diferentes servicios (laboratorios, farmacias, admisiones, etc.) y recogerán los resultados que hayan sido enviados de nuevo a los servicios de emergencia.

Se asegurarán de que solo el personal autorizado tenga acceso al área de emergencia, evitando que los acompañantes y familiares permanezcan en las salas y pasillos del servicio de emergencia.

5 Discusión-Conclusión

El celador es la primera persona que ve al paciente, y sus habilidades e indicaciones son fundamentales para los pacientes que acuden a urgencias. En los servicios de emergencia, la labor de los cuidadores es muy importante ya que realizan diversas funciones y apoyan al resto del personal de salud para garantizar la calidad de la atención al paciente y que las actividades se realicen de manera adecuada dentro del servicio. .

A la hora de cuidar a alguien que está solicitando servicios de asistencia médica de emergencia por diversos motivos, es necesario distinguir entre lo que es una urgencia y lo que es una emergencia. Una emergencia es una situación crítica que presenta un riesgo significativo para el paciente y requiere atención inmediata, y una urgencia es una situación que presenta un riesgo para el paciente y no debe exceder las 24-48 horas de atención.

6 Bibliografía

1. Jiménez, L; Montero, FJ. Medicina de urgencias y emergencia: guía diagnóstica y protocolos de actuación. 3ª edición. Barcelona: Editorial Elsevier; 2003.
2. <https://medlineplus.gov/spanish/>.
3. <https://celadoresonline.blogspot.com/p/tema-27>.

Capítulo 274

EL CELADOR EN LA MOVILIZACION DE PACIENTES DE LOS HOSPITALES

SANDRA INMACULADA RODRÍGUEZ LÓPEZ

MARÍA SOL GARCIA MASELI

CRISTINA TRIVIÑO DE LA CONCEPCION

FLAVIO COSÍO MORENO

THAMARA LARA DEL AMO

1 Introducción

El traslado o movilización de pacientes es una operación que tiene lugar constantemente, es por eso por lo que el celador debe conocer en detalle los procedimientos que debe realizar con el fin de garantizar la seguridad tanto del paciente como la propia. Un traslado inadecuado puede causar problemas al paciente, especialmente si es un paciente en estado crítico, pero también puede provocar lesiones al celador. Especialmente en el caso de pacientes críticos o pacientes que durante el transporte deban ir acompañados de dispositivos adicionales, u otros elementos necesarios es importante que el celador sepa actuar efectivamente para no poner en peligro al paciente, aunque en estos casos el celador será, generalmente, acompañado por enfermeros o médicos.

El celador debe además estar preparado para todas las situaciones, ya sea un traslado en el que el paciente pueda caminar por sí mismo, sea ayudado de un andador o sea necesario el uso de silla de ruedas o camilla.

El celador debe conocer el procedimiento, así como los distintos medios a su disposición para facilitar el transporte y garantizar la seguridad, tanto del paciente como propia.

En el presente capítulo introduciremos unas pautas a realizar antes del traslado de pacientes además de varios de los medios de los que dispone un celador para facilitar dicho transporte.

2 Objetivos

- Exponer unas pautas generales para llevar a cabo antes de cualquier traslado.
- Explicar la utilidad de varios medios auxiliares de los que dispone el celador para ayudarse en un traslado

3 Metodología

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

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

4 Resultados

Se considera un traslado llevar a un paciente de un lado a otro del centro sanitario. Antes de realizar cualquier traslado es importante que el celador siga las siguientes pautas:

- Elegir, basándose en las recomendaciones del personal sanitario, el medio de transporte más adecuado.
- Explicar al paciente el recorrido que se va a realizar.
- Procurar que el paciente no pase frío durante el trayecto y esté, en la medida de lo posible, cómodo.
- Verificar que todos los componentes, sueros, sondas, etc., estén en un lugar adecuado de manera que no ocasionen problemas al pasar por una puerta o entrar en un ascensor.
- Garantizar la sujeción del paciente para evitar cualquier tipo de caídas.
- Aunque el traslado haya finalizado el celador debe permanecer junto al paciente hasta que el profesional correspondiente se haga cargo de él.

Además, el celador tiene a su disposición varios dispositivos auxiliares de los que se puede ayudar para facilitar la movilización o traslado del paciente:

Rulo sanitario o transfer: mecanismo auxiliar de forma rectangular envuelto en un material plastificado para facilitar el deslizamiento y dimensiones de unos 2 metros de largo y 50 centímetros de ancho utilizado para transferir al paciente desde su cama hasta una camilla u otra cama que se vaya a utilizar para el traslado.

Para ello se pondrá la cama o camilla al lado de la cama del paciente. Una vez hecho esto se colocará al paciente de lado, poniendo el transfer debajo suyo y devolviéndolo a la posición natural de tal manera que se encuentre encima del transfer. Ahora simplemente se moverá con cuidado gracias al transfer y llegará hasta la camilla o cama que se vaya a usar para el traslado.

Elevador hidráulico o grúa: mecanismo auxiliar que consta de una base con ruedas, una percha de sujeción y una bomba hidráulica. Para su uso es necesario colocar un arnés al paciente que posteriormente se enganchará en la percha y se procederá a su elevación o descenso gracias a la bomba hidráulica. La base con ruedas permite el desplazamiento hasta el lugar que sea necesario.

5 Discusión-Conclusión

El celador debe estar preparado para realizar los traslados necesarios. Aunque muchas veces estos traslados no tendrán mayor dificultad y el paciente podrá hacerlos en su propio pie o simplemente su condición será lo suficientemente buena como para que el celador no necesite realizar acciones complicadas, en los casos en los que el paciente no pueda moverse por sí mismo el celador tiene que ser igualmente apto para realizar su función. Es por ello por lo que las pautas que hemos dado, así como el conocimiento de todos los dispositivos auxiliares de los que se dispongan es de vital importancia.

Es importante mencionar también que un “dispositivo auxiliar” que no hemos mencionado es tan simple como pedir ayuda cuando sea necesario.

6 Bibliografía

1. Mera Núñez, D. (2009). Manual Básico del Celador (1ªed.).
2. Rueda Garrido, P. (2012). El celador en su relación con los enfermos: traslado y movilidad de los pacientes.

Capítulo 275

EL CELADOR Y SU AYUDA PARA LA TOMA DE CONSTANTES VITALES

SANDRA INMACULADA RODRÍGUEZ LÓPEZ

MARÍA SOL GARCIA MASELI

CRISTINA TRIVIÑO DE LA CONCEPCION

FLAVIO COSÍO MORENO

THAMARA LARA DEL AMO

1 Introducción

Las constantes vitales son unos datos variables que se deben valorar para conocer el estado en el que se encuentra el paciente.

Están controladas por los órganos principales que son: el corazón, cerebro y pulmones.

Las principales constantes vitales que se miden son: la frecuencia cardiaca, frecuencia respiratoria, presión arterial y temperatura.

La tensión arterial se refiere a la presión sanguínea y es uno de las constantes vitales más importantes para analizar por su interés clínico. Se trata de un parámetro que puede cambiar a lo largo del día, por eso se recomienda tomar la tensión arterial en distintos momentos del día para confirmar que los valores son correctos.

La frecuencia cardíaca es el número de pulsaciones o contracciones del corazón que se producen por minuto por lo que es otro de los parámetros por excelencia.

La frecuencia respiratoria es la gran desconocida y cuantifica el número de respiraciones que realizamos en un periodo específico, normalmente durante un minuto. Al hablar de constantes no siempre la tenemos presente, sin embargo, nos aporta información relevante en pacientes con patología cardíaca o pulmonar.

La temperatura es la constante vital con la que más familiarizados estamos. Se puede tomar la temperatura en distintas partes del cuerpo, aunque normalmente realizamos la medición axilar.

Cada dato de las constantes vitales tiene que ser representada por un valor numérico, y tiene que ser reconocido por un profesional.

Los celadores pueden ayudar a tomar las constantes vitales pero siempre deben estar supervisados por un enfermero.

2 Objetivos

Describir los procedimientos que se deben de llevar a cabo para la toma de las constantes vitales: la frecuencia cardíaca, frecuencia respiratoria, presión arterial y temperatura.

3 Metodología

Para la realización del siguiente capítulo, he llevado a cabo una revisión bibliográfica en Internet. A través de bases de datos: Pubmed, Medline, Scielo, Dialnet y también en páginas Web como Google académico.

Búsqueda con palabras claves como “constantes vitales”, “paciente”, “procedimiento”, “frecuencia cardíaca”, “frecuencia respiratoria”, “tensión arterial”, “temperatura

4 Resultados

1. Procedimiento para medir la frecuencia respiratoria:

- lavado de manos.
- El paciente debe colocarse en decúbito supino o Fowler.
- En este caso no se le debe decir al paciente lo que vamos a hacer
Evitar que se ponga nervioso y que sus valores cambien.
- Se debe calcular el tiempo inspiratorio del paciente de 60 segundos.
- Podemos poner nuestras manos en el pecho siempre que lo necesitemos

Paciencia para ayudarnos.

- Cuando tenemos valores, el resultado debe ser registrado en el gráfico.
- El paciente debe estar posicionado y cómodo.
- Finalmente nos lavamos las manos.

2. Procedimiento para medir la frecuencia cardíaca:

- Limpiaremos el estetoscopio.
- lavado de manos.
- Explicar siempre al paciente lo que vamos a hacer.
- Se debe mantener la privacidad del paciente.
- Se intentará calentar el diafragma del estetoscopio a mano.
- Colocamos al paciente en posición sentada o supina y retiramos cintura superior
- Palparemos y colocaremos el estetoscopio en el punto de máximo pulso en el vértice del corazón.
- Se contará el número de pulsaciones en un minuto.
- Cuando tenemos valores, el resultado debe ser registrado en el gráfico.
- El paciente debe estar posicionado y cómodo.
- Nos lavamos las manos, higienizamos el manguito y la membrana del esfigmomanómetro, y luego nos lavamos las manos nuevamente.

3. Procedimiento para medir la presión arterial:

- lavado de manos.
 - Explicar siempre al paciente lo que vamos a hacer.
 - Durante este procedimiento, el paciente siempre debe estar en una posición cómoda para él con los brazos apoyados en la superficie ya la altura de los brazos.
- Corazón.
- La presión arterial debe medirse siempre en el mismo brazo.
 - Se puede desvestir o levantar al paciente siempre que no se pulse el botón.
 - Mantener siempre el manguito de presión arterial en el brazo por encima de la fractura cubital.
 - El tubo de goma debe colocarse en el extremo distal de la arteria.
 - Colocar la membrana del estetoscopio sobre la arteria braquial.
 - Cerraremos la válvula de la bombilla.
 - Se soplará aire en el manguito, elevando la presión en su interior al valor 20 a 30 mmHg por encima de la sistólica o hasta que sea inaudible
- Ruido agudo y claro.
- la presión debe reducirse poco a poco abriendo la válvula de la pera.
- En el momento en que escuchemos el chirrido, nos indica la presión arterial sistólica.

- La presión del manguito continúa disminuyendo hasta que el ruido disminuye o desaparece, momento en el que se crea la presión diastólica.
 - Se desinfla completamente el manguito y se lo retiramos al paciente.
 - Cuando tenemos valores, tenemos que escribir el resultado en la gráfica
 - El paciente debe estar cómodo.
 - Nos lavamos las manos, desinfectamos el manguito y la membrana del esfigmomanómetro y nos volvemos a lavar las manos.
4. Procedimiento a seguir para tomar la temperatura:
- Lavarse las manos.
 - Explicar al paciente en todo momento lo que le vamos a realizar.
 - Ponerse guantes.
 - Comprobar si la zona donde vamos a tomar la temperatura está seca, normalmente se toma en la axila, pero ahora con el Covid-19 se utilizan los termómetros digitales en la frente y no se toca al paciente.
 - Si se utiliza el termómetro de mercurio hay que bajar la columna por debajo de 35°.
 - Si se utiliza la axila para tomar la temperatura lo colocamos en la axila y colocar el antebrazo cruzado sobre el tórax.
 - Se debe esperar sobre unos cinco minutos en los termómetros de mercurio y en los digitales esperar a que suene.
 - Para retirar el termómetro nunca se debe tocar el bulbo para no alterar los valores.
 - Cuando tengamos el valor se debe apuntar el resultado en una gráfica.
 - Procurar que el paciente se sienta cómodo.
 - Finalmente nos lavamos las manos.

5 Discusión-Conclusión

Concluimos este capítulo poniendo de manifiesto la importancia de la participación del celador en la toma de constantes vitales.

En muchas ocasiones los pacientes llegan en estados en los que es necesario la inmovilización de estos, sobre todo en la unidad de urgencias y en la unidad de cuidados críticos.

Es muy importante llevar a cabo los pasos a seguir que hemos recogido anteriormente y hacerlo todo siempre con el equipo que en ese momento requiera del servicio del celador .

En caso de que un compañero solo no pueda, el mismo personal sanitario con los que se encuentre o mas compañeros, tendrán que ayudar a lo que se requiera.

6 Bibliografía

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

Capítulo 276

LAS TAREAS DE UN RECEPCIONISTA TELEFONISTA

RUFINA MATOQUE CERRO

MARIA JESÚS MARTÍNEZ CASTAÑO

GEMA BUITRAGO BUITRAGO

MARIA CARMEN ALFARO LÓPEZ

ANA ISABEL DEL SOTO RUIZ

1 Introducción

La definición de recepcionista telefonista corresponde al individuo encargado de dar apoyo administrativo en la oficina, atender las visitas y encargarse de la recepción del teléfono. La definición puede ser algo vaga, pero realmente las labores de recepcionista telefonista tienen la posibilidad de ser bastante amplias y extensas.

El papel que practica el recepcionista telefonista en una empresa es primordial, pues es la primera imagen que la organización ,centro o compañía da al exterior. Pues como sugiere el concepto, una de las principales funcionalidades del recepcionista telefonista es la de recibir a los individuos que llegan al centro y atender las llamadas telefónicas. A la par, ejecuta otras muchas funcionalidades como sería gestionar aviso ,notificaciones recibir correos, etc. En lo relacionado con la atención telefónica, el recepcionista telefonista debería contestar y transferir

las llamadas de manera correcta y eficaz, respondiendo al teléfono a la mayor brevedad posible.

En diferentes casos dependiendo de la política del centro del centro tendrá que hacer un filtrado de llamadas al igual que con las visitas. Pero lo mas fundamental será su actuación frente a las distintas llamadas que se sucedan durante su jornada laboral, deberá ser rápido hábil y eficaz gestionando dicha llamada y poniendo en marcha el dispositivo de actuación frente a la situación que se le haya presentado.

2 Objetivos

Conocer cuales son las funciones de un recepcionista telefonista.

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

El individuo responsable de recepción se ocupa de gestionar la estabilidad, y lo hace implementando el protocolo y el control de ingreso del centro. Esto puede hacerse solicitando a los visitantes la autorización que corresponde, o por medio de monitores por medio de pantallas controlando personas que entran al centro .

Otras labores propias del recepcionista van a ser gestionar la correspondencia entrante y saliente, así como acomodar las entregas de mensajería. Además llevaran un seguimiento de la agenda: control de citas, programación de reuniones, reservas de aulas de reuniones, de catering, etcétera. Además seria recurrente que gestionara los viajes a hacer de parte de ciertos trabajadores de la compañía: reserva de vuelos, habitaciones de hotel, etcétera.

La administración de compras del material de oficina , así como soporte al departamento de gestión registro de pagos de caja, balances, y otras gestiones administrativas además serian funcionalidades que haría el recepcionista. El indi-

viduo responsable de la recepción de llamadas ósea el telefonista va a ser la encargada de contestar y gestionar las llamadas de manera idónea para lograr actuar y canalizar esa llamada eficientemente.

El telefonista tendrá que ser veloz para atender las llamadas y poder gestionarlas de manera correcta, tanto coordinando los servicios de actuación como entendiendo y comprendiendo el mensaje explícito de la llamada.

El adecuado conocimiento entre telefonista e interlocutor va a hacer o dejará que se logren realizar una buena actuación o una adecuada administración de la llamada. Tanto telefonista como recepcionista deberán llevar un registro o filtrado de llamadas todo lo mencionado dependerá de las reglas del centro en el cual trabajen.

Dichos pasos o actuaciones de este personal cualificado llevaran por buen camino la comunicación con el paciente o visitante y desembocara en buen conocimiento, buena actuación de los expertos que les compete y resultado satisfactorio en la mayor parte de los casos.

5 Discusión-Conclusión

En este capítulo hemos podido conocer tanto las tareas de recepción como de telefonista.

Sus funciones deben ser siempre desde la buena imagen con la amabilidad y la cordialidad ya que representas al centro, como la actuación satisfactoria y eficaz que debe presentar ante cualquier recepción o llamada telefónica.

No cabe duda el papel también muy importante de gestionar papeleo del centro desde correo vía mail como correo ordinario paquetería etc..a realizar funciones administrativas e incluso poder desenvolverse en una lengua extranjera con otro usuario .

Este trabajador es una pieza muy importante en el centro ya que es la primera persona que el paciente ve o con la primera que se comunican desde fuera del centro.

6 Bibliografía

www.blablanegocios.com

pop.jcm.es temario oposiciones telefonista auxiliar-enfermeria.com www.aragon.es

Capítulo 277

SECUELAS COVID EN PERSONAL SANITARIO Y POBLACIÓN EN GENERAL

ALBERTO JOSÉ ALBA PERALES

1 Introducción

La llegada de la pandemia por covid-19 y sus variantes,provocó que un número elevadísimo de profesionales de la salud se contagiase en algún momento durante el paso de dicha enfermedad.Esto llevó prácticamente al colapso del sistema sanitario por la cantidad de bajas que se produjeron a causa de los contagios,con lo que la ida y venida de personal nuevo que sustituyera a los incapacitados era constante.

Lo que está por venir para esas personas contagiadas y curadas es aún incierto,pues muchas de ellas presentan secuelas como dolores de cabeza,mareos,cansancio,etc y parecen ser persistentes semanas después de su curación.

En este sentido,a la comunidad médica y científica le espera un largo camino en cuanto a investigación se refiere,para dar respuesta a todos esos interrogantes sobre la llamada covid persistente porque,como enfermedad relativamente nueva,sigue guardando secretos que obliga a no bajar la guardia y a seguir peleando por descubrir como atajarla definitivamente sin que queden esas secuelas que arrastran muchos enfermos.

Precisamente de esos síntomas persistentes es de lo que se pretende hablar para poder hacerse una idea de como lo están pasando las personas que lo sufren,pues a la mala suerte de haberse contagiado,tienen que añadir además las secuelas que

arrastran y les impiden desempeñar su trabajo con normalidad y no sólo eso, sino que afecta también a su vida diaria.

2 Objetivos

- Conocer los distintos síntomas que presentan los pacientes que sufren de covid persistente y como les afecta en su vida y trabajo diarios.
- Exponer que patologías pueden provocar estas secuelas y buscar la manera de sobrellevarlo lo mejor posible hasta su completa curación.

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

Acaban de cumplirse dos años desde que la organización mundial de la salud (OMS) declaró como pandemia al virus covid-19 y a día de hoy seguimos a vueltas con ella. Mediante estudios médicos y científicos se pretende erradicar de una vez por todas esta enfermedad que tanto dolor han originado en el mundo.

Además, surge el problema de las personas que sufren el llamado covid persistente o de larga duración y la sintomatología que presentan es muy variada, lo que agregados a los problemas de salud que ya pudiesen tener esos pacientes, da como resultado que esa persona pueda enfermar gravemente.

Ante este panorama se quiere incidir en las secuelas que deja la covid y en como puede afectar a la persona, dependiendo de si es un niño, un adulto o un anciano, pues hay síntomas comunes y otros que lo sufren más un grupo que otro.

La covid persistente ya ha sido reconocida por la organización mundial de la salud (OMS) como una enfermedad cuyos síntomas duran al menos dos meses sin explicación diagnóstica alternativa y donde se cree que 4 de cada 10 personas que pasen la covid como tal o alguna de sus variantes, sufrirán después estos efectos secundarios.

Así por ejemplo, en un estudio reciente se demostró que el 24% de las personas que han superado la enfermedad, arrastran problemas de pérdida de memoria y de concentración.

TIPOS DE SECUELAS

SECUELAS NEUROLÓGICAS

Según una investigación de publicación reciente en la revista *The Lancet* en la que se apunta que el 55% de los pacientes post-covid muestran problemas de tipo neurológicos tres meses después de haber pasado la enfermedad.

Los síntomas más frecuentes son la fatiga (58%), dolores de cabeza (44%), problemas de concentración (27%) y caída de cabello (25%). Otros síntomas asociados como secuelas neurológicas son la pérdida del gusto y el olfato que siguen perdurando en el tiempo, déficit de memoria para retener información, denominada también como niebla mental.

Por último, están los mareos, la inestabilidad y la fatiga crónica que sufren los pacientes, que se quejan de los problemas que padecen para realizar tareas que antes de contagiarse no resultaban ningún inconveniente, incluso las más sencillas como subir o bajar escaleras se hacen difíciles y dan una idea de lo que tienen que pasar.

SECUELAS PULMONARES

Siguiendo estudios internacionales se comprueba que el 58% de los pacientes en seguimiento presentan Astenia, el 24% Disnea y el 19% tos residual, todos ellos sin distinción de edad. Otra secuela pulmonar muy importante es la fibrosis pulmonar, que se podría definir como las cicatrices que se producen en el tejido pulmonar cuando éste se daña y provoca síntomas como la ya mencionada Disnea (dificultad para respirar), tos seca o fatiga y que es necesario tratar mediante diversos medicamentos vía oral o a través del suministro de oxígeno.

SECUELAS CARDIOVASCULARES

Aquí se ve afectado el tejido miocárdico, pericárdico y el sistema de conducción, aparecen arritmias, palpitaciones y dolor torácico. Se describe también como una secuela del sistema cardiovascular, la inflamación del miocardio (músculo del corazón) e inflamación del pericardio (una membrana a modo de envoltura del corazón y los grandes vasos).

Como último apunte sobre las secuelas cardiovasculares está un estudio publicado en la revista *The Lancet*, donde se detalla que los pacientes post-covid tienen un riesgo tres veces más alto de sufrir un infarto de miocardio o accidente cerebrovascular.

SECUELAS GASTROINTESTINALES

Aunque aparecen con menor frecuencia, es necesario mencionar que algunos pa-

cientes sufren problemas gastrointestinales, como dolor abdominal, náuseas o diarrea, incluso a los tres meses de haber pasado la covid-19.

SECUELAS PSIQUIÁTRICAS

En este caso, un estudio publicado en *Lancet Psychiatry* dio como conclusión unos resultados claros en pacientes: Ansiedad (17,4%), Depresión (13,7%) e Insomnio (5,4%). Ante estos datos es lógico que los expertos muestren su preocupación por este aumento de casos y se preparen para lo que pueda venir en el medio y largo plazo, ya que será necesario reforzar los equipos de salud mental y en la misma línea se muestra la OMS, ya que la define como la futura pandemia.

SECUELAS MULTIORGÁNICAS

Estas secuelas afectan a todos los sistemas del cuerpo como pueden ser las funciones del corazón, los pulmones, los riñones o el cerebro y también el llamado síndrome inflamatorio multisistémico (MIS), que aunque apenas presente en adultos, si que afecta mayormente a los niños y se define como una afección grave en la que se inflaman diferentes partes del cuerpo como piel, ojos, corazón y órganos gastrointestinales.

Estos son sólo algunos de las afecciones y secuelas que se han presentado, pero al ser una enfermedad aún entre nosotros, siguen apareciendo nuevos síntomas a los que es necesario realizarles un seguimiento para comprobar a que grupo de población afecta y que grado de peligrosidad puede provocar en cada individuo según su estado de salud.

5 Discusión-Conclusión

Como se ha visto, los síntomas que deja la enfermedad han sido muchos y muy variados, afectando a todas las franjas de edad, desde los niños a los ancianos, aunque con distintos grados de virulencia, pues en los ancianos por ejemplo ese covid persistente se mezcla con otras patologías ya presentes en la persona mayor, complicando su ya de por sí delicado estado de salud, generando además cuadros de estrés y ansiedad por ver que no se consigue dejar atrás los dichos problemas relacionados con la infección por covid-19 o sus variantes.

Ante este panorama es la comunidad médica y científica la que debe dar un paso al frente y seguir trabajando con estudios epidemiológicos en la población, que sirvan de cierto alivio para las personas que presentan secuelas una vez superada la enfermedad y los problemas que originará en ellas a largo plazo para poder realizar una intervención precoz y conseguir mejorar su situación con el tratamiento que en cada caso proceda.

6 Bibliografía

1. CDC.Afecciones posteriores al covid-19.cdc.gov;2021.Consultado el 25 de Marzo de 2022.Disponible en: <https://espanol.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/long-term-effects/index.html#:text=Dificultad%20para%20respirar%20o%20falta,veces%20denominada%20%22neblina%20mental%22>)
2. Serrano,R.50 secuelas de la covid.diariomedico.com;2022.Consultado el 25 de Marzo de 2022.Disponible en: <https://www.diariomedico.com/investigacion/50-secuelas-de-la-covid.html>
3. Covid-19: Efectos a largo plazo.mayoclinic.org;2021.Consultado el 25 de Marzo de 2022.Disponible en: <https://www.mayoclinic.org/es-es/diseases-conditions/coronavirus/in-depth/coronavirus-long-term-effects/art-20490351>
4. Jimenez,AL.¿Cuales son las diferencias entre el covid prolongado y las secuelas de la enfermedad?consalud.es;2021.Consultado el 26 de Marzo de 2022.Disponible en: https://www.consalud.es/pacientes/especial-coronavirus/cuales-diferencias-covid-prolongado-secuelas-enfermedad_106814_102.html
5. Carod,FJ.Síndrome post-covid-19.neurología.com;2021.Consultado el 26 de Marzo de 2022.Disponible en: <https://www.neurologia.com/articulo/2021230>
6. Gonzalez,E.Covid persistente.redaccionmedica.com;2021.Consultado el 26 de Marzo de 2022.Disponible en: <https://www.redaccionmedica.com/secciones/sanidad-hoy/covid-persistente-sintomas-mitad-casos-ano-despues-4054>
7. Lu,Y.Li,X.Mei,N.etc.Cambios microestructurales cerebrales en pacientes con covid-19.thelancet.com;2021.Consultado el 27 de Marzo de 2022.Disponible en: [https://www.thelancet.com/journals/eclinm/article/PIIS2589-5370\(20\)30228-5/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/eclinm/article/PIIS2589-5370(20)30228-5/fulltext)
8. David,He.Wei,H.Low,RJ.etc.Caracterización de la covid prolongada en una cohorte internacional.thelancet.com;2021.Consultado el 27 de Marzo de 2022.Disponible en: [https://www.thelancet.com/journals/eclinm/article/PIIS2589-5370\(21\)00299-6/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/eclinm/article/PIIS2589-5370(21)00299-6/fulltext)
9. Peramo-Alvarez,FP.Lopez Zuñiga,MA.Lopez Ruz,MA.Secuelas Medicas de la covid-19.elsevier.es;2021.Consultado el 27 de Marzo de 2022.Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-medicina-clinica-2-articulo-secuelas-medicas-covid-19-S002577532100289X>
10. Online,C.Temario específico de celadores online.blogspot.com;2021.Consultado el 27 de Marzo de 2022.Disponible en: <https://celadoresonline.blogspot.com/2019/11/temario-especifico-del-celador-online-y.html>

Capítulo 278

ESTUDIOS INICIALES PERÓXIDO DE HIDRÓGENO

LOURDES REY GUEVARA

GEMMA REY GUEVARA

YASMINA BOUTANAACH ABDELKADER

MARTA GUEVARA SANCHEZ

1 Introducción

El peróxido de hidrógeno (H_2O_2), también conocido como agua oxigenada, dióxigeno, dioxidano, o peróxido de dihidrógeno es un compuesto químico con características de un líquido altamente polar, fuertemente enlazado con el hidrógeno, tal como el agua, por lo general de aspecto líquido ligeramente más viscoso. Es conocido por ser un poderoso oxidante.

A temperatura ambiente es un líquido incoloro de olor penetrante y desagradable. En el aire se encuentran de manera natural pequeñas cantidades de peróxido de hidrógeno gaseoso. El peróxido de hidrógeno es muy inestable. Se descompone lentamente en oxígeno y agua, con liberación de gran cantidad de calor. Su velocidad de descomposición puede aumentar mucho en presencia de catalizadores.

Aunque no es inflamable, es un agente oxidante potente que cuando entra en contacto con materia orgánica o algunos metales, como el cobre, la plata o el bronce puede causar combustión espontánea.

El peróxido de hidrógeno se encuentra en bajas concentraciones (3 a 9 %) en muchos productos domésticos para usos medicinales y como blanqueador de vesti-

menta y del cabello. En la industria se usa en concentraciones más altas, para blanquear telas y pasta de papel, y a 90 % como componente de combustibles para cohetes y para fabricar espuma de caucho y sustancias químicas orgánicas. En otras áreas, como en la investigación, se utiliza para medir la actividad de algunas enzimas, como la catalasa.

2 Objetivos

El objetivo de este capítulo es dar a conocer la función del peróxido de hidrógeno no sólo ya a nivel genérico sino que la gente también pueda conocer más a fondo tanto las funciones principales a nivel de antiséptico como la composición química necesaria para que dicho tratamiento surta efecto.

3 Metodología

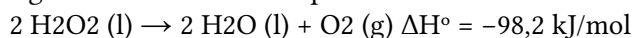
Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y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

4 Resultados

Hemos podido obtener como resultados principales que la composición química del peróxido de hidrógeno es el peróxido de hidrógeno puro (H_2O_2) es un líquido denso y claro, con una densidad de $1,47 \text{ g/cm}^3$ a 0°C . El punto de fusión es de $-0,4^\circ\text{C}$. Su punto de ebullición normal es de 150°C .

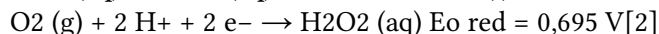
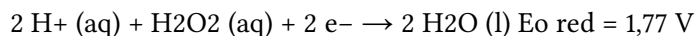
La siguiente que tiene es una similar al agua. Como podemos ver el peróxido de hidrógeno presenta un eje de simetría $\{C_2\}$, $\{C_2\}$, (eje rotado 180°). Presenta tres conformaciones: cis-planar (grupo de simetría C_{2v}), cis-no planar (grupo de simetría C_2) y trans-planar (grupo de simetría C_{2h}).

La reactividad que posee el peróxido de hidrógeno es la siguiente El peróxido de hidrógeno concentrado es una sustancia peligrosamente reactiva, debido a que su descomposición para generar agua y oxígeno es sumamente exotérmica. La siguiente reacción termoquímica demuestra ese hecho:



Estas son las propiedades que tiene como agente oxidante:

El peróxido de hidrógeno es capaz de actuar ya sea como agente oxidante o como reductor. Las ecuaciones que se muestran a continuación presentan las semirreacciones en medio ácido:



En solución básica, los potenciales correspondientes al electrodo estándar son de 0,87 V (voltios) para la reducción del peróxido de hidrógeno y de 0,08 V para su oxidación.

Su obtención principal es Antiguamente el agua oxigenada se preparaba mediante la electrólisis de una solución acuosa de ácido sulfúrico o de bisulfato ácido de amonio (NH_4HSO_4), seguida por la hidrólisis del peroxodisulfato ($(\text{SO}_4)_2$). En la actualidad el peróxido de hidrógeno se obtiene casi exclusivamente por la autooxidación de una 2-alcohol-antraquinona (o 2-alco-9-10-dihidroxiantraceno) al correspondiente 2-alco antraquinona en un método denominado «proceso antraquinona».

En 1994, la producción mundial de H_2O_2 fue de 1,9 millones de toneladas. En 2006 creció hasta 2,2 millones, la mayor parte con una concentración de 70 % o menos. En ese año el kilogramo de peróxido de hidrógeno se vendía a 1,5 dólares estadounidense.

5 Discusión-Conclusión

Sólo conocíamos el uso del peróxido de hidrógeno a nivel genérico pero queremos conseguir con este artículo que la gente sepa más sobre este medicamento a nivel científico y pueda así conocer cómo puede incidir su composición química para poder realizar una buena labor como antiséptico, el nivel de efectividad que dichos componentes pueden tener de cara a la curación y sanación de heridas y observar los procesos de sanación, cicatrización, tratamiento, etc...

En los dos últimos años la ciencia médica ha sido más necesaria que nunca y al igual que, gracias a eso, conocemos más de cara a prevenir patologías de carácter vírico o epidemiológico, también nos puede servir para usos más generales como puede ser el que realiza el peróxido de hidrógeno a la hora de curar heridas...

6 Bibliografía

www.mejorconsalud.as.com

Capítulo 279

ACTUACION DEL CELADOR ANTE EL PACIENTE GERIATRICO

VERONICA HINAREJOS DIAZ

DIEGO ZORNOZA GOMEZ

BÁRBARA BERNARDO SÁNCHEZ

JOSE LUIS FERNÁNDEZ SÁNCHEZ

IVÁN CALLEJO JIMÉNEZ

1 Introducción

En España los datos nos muestran que la población mayor de 65 años se sitúa alrededor del 17% de la población, de las que aproximadamente un 25% de estas son octogenarias. Podemos definir dos conceptos fundamentales :

1/ La geriatría es la rama de la medicina dedicada a los aspectos preventivos, clínicos y terapéuticos y sociales de las enfermedades en los ancianos, y su principal objetivo es superar la pérdida de autonomía del paciente anciano.

2/ La gerontología es la ciencia que estudia el envejecimiento de los seres vivos, referente a diversos aspectos de la vejez y el envejecimiento de una población, tales como los aspectos biológicos, psicológicos, económicos y culturales. Se entiende por envejecimiento de una población “el aumento de la proporción de personas de edad avanzada con respecto al total de los individuos (personas mayores de 65 años/total población), que habitualmente se expresa en forma de porcentaje”. Los aspectos particulares de esta especialidad son:

- El desarrollo de un sistema asistencial que atienda los problemas médicosociales de los ancianos que padecen como rasgo en común la pérdida de su condición física y social. - Una asistencia prolongada a los pacientes que lo precisen.
- La movilización de todos los recursos para integrar en la comunidad mayor número de ancianos.
- La investigación, la docencia y formación de sus propios especialistas.

Entre los profesionales que tratan con estas personas encontramos tanto personal sanitario como no sanitario. Todos ellos deben estar adecuadamente formados en el trabajo y asistencia a esta población, ya que para trabajar con los pacientes geriátricos es importante conocer las diferentes etapas de la vejez, son las siguientes:

1. Tercera edad: a partir de los 65 años, edad de jubilación.
2. Ancianidad: comprende entre los 70 y 75 años. Se caracteriza por cambios importantes a nivel físico y en las relaciones sociales y familiares.
3. Última senectud: desde los 80 años, en la que existe un aumento de las limitaciones de todo tipo.
4. Cuarta edad: a partir de los 90 años y caracterizada por un mayor deterioro y la proximidad de la muerte.

Dentro del personal que se encuentra en relación directa con estas personas de edad avanzada se encuentra el personal celador, que se encargará de múltiples funciones como los traslados; las movilizaciones; etcétera. Es decir, el personal celador se encontrará en adaptación constante a las características del paciente. Por ello, debe disponer de una formación previa que le permita realizar sus funciones y tareas con soltura, eficacia y efectividad, garantizando los derechos de la persona. Además, estos conocimientos han de encontrarse adaptados no solo las características individuales, sino a las necesidades fundamentales de estas edades avanzadas. Una carencia en esta formación puede ir en detrimento de la calidad asistencial. Las funciones a realizar por un celador están recogidas en el Estatuto de personal no sanitario al servicio de las instituciones sanitarias de la seguridad social de 5 de julio de 1971.

2 Objetivos

- Identificar las principales características que presenta el paciente geriátrico, así como, enunciar las funciones del celador con este tipo de pacientes.
- Exponer la importancia de una adecuada formación y empatía del personal celador respecto a la atención que se le dispensa al paciente geriátrico.

3 Metodología

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

Hay tres tipos de ancianos:

- Anciano enfermo: es aquel enfermo con una enfermedad prescrita que suele ser igual al resto de los pacientes, y sus problemas suelen ser resueltos con normalidad.
- Anciano sano: es una persona de edad avanzada sin presencia de enfermedad objetiva con independencia para realizar tareas cotidianas, y que presenta buen estado de salud físico y mental.
- Anciano frágil: es aquella persona de edad avanzada que tiene su independencia de forma precaria. Suelen padecer una o varias enfermedades que provocan dependencia, y suele acompañarse de alteración mental o social.

Los pacientes geriátricos son aquellos que tienen unas cualidades bastante distintas, entre ellas nos encontramos que son personas de edad avanzada, con varias patologías o enfermedades crónicas. Al ser personas con estas características, tienen más dificultad a la hora de realizar ciertas tareas como moverse por sí mismos cuando están tumbados en las camas hospitalarias. Para prevenir la aparición de ciertos problemas ocasionados por permanecer mucho tiempo en la misma postura, se realizan los cambios posturales. Estos consisten en ir cambiando al paciente de posición para que no le aparezcan úlceras por presión.

El celador, junto con el personal sanitario, tiene que conocer las diferencias entre los distintos enfermos geriátricos, ya que cada dolencia y enfermedad hay que tratarla en su especialidad, junto la dificultad que supone la edad, ya que dificulta la recuperación temprana, por lo que a medida que pasan los años aumenta la prevalencia de enfermedades y de discapacidad. El Celador llevará a cabo una serie de técnicas y estrategias en el cuidado y la atención al enfermo geriátrico en los centros sanitarios que hacen más llevadera la situación del paciente geriátrico:

- Comunicarse con ellos y hablarles de una forma adecuada y respetuosa, evitando el habla dirigente y autoritaria por un lado, y por otro, el lenguaje que se emplea con los niños (simplificación de los mensajes, entonación exagerada, uso frecuente de diminutivos y de calificativos protectores tipo cariño, mi vida).
- Proporcionar al enfermo intimidad en todo momento.
- Planificar por parte del celador u otros profesionales, la acción a realizar con el paciente.
- Eliminar acciones innecesarias o poco relevantes sobre la persona para no cansarla más de lo necesario.
- Utilizar elementos de apoyo siempre que se necesiten (grúas, andadores, muletas, transfer, etc.).
- Actuar sin prisa, dejando al paciente tiempo para observar y colaborar en lo que pueda.
- A la hora de hacer transferencias (de la cama a la silla de ruedas, de la silla de ruedas al sillón, de sentado a de pie, etc.) solicitar siempre la colaboración, pudiendo usar asideros que faciliten el movimiento. Siempre que pueda mantener la bipedestación, pedirle que lo haga.
- En los cambios posturales: valorar el nivel de conciencia del paciente, para solicitar su colaboración o no. Hacer una estimación de las personas que se necesitan para realizar la movilización. Evitar en lo posible el roce de la sábana y su piel; no arrastrar, sino elevar.
- Hablar con el enfermo y explicarle de forma clara y amable lo que se le va a hacer. Muchas veces puede ocurrir que se encuentre a la persona sobre la que se va a actuar, dormida o somnolienta, con lo que hay que darle tiempo a que reaccione.
- Mantener al paciente en la postura más cómoda posible mientras se interviene.

Los ancianos que se encuentran hospitalizados necesitan mimo y muchos cuidados, su salud física puede estar mermada, pero la salud mental es tan o más importante que la anterior. Estar alejados de su casa o de su centro geriátrico les puede entristecer, esa situación hace que se ralentice la recuperación, pueden perder las ganas de moverse, de comer, de hidratarse, de comunicarse. El celador ha de ser una persona positiva, que anime al paciente geriátrico a colaborar en las movilizaciones y traslados conversando con él para que no se sienta solo y eso favorezca un saludable estado de ánimo. Cada paciente geriátrico necesita un plan de atención de enfermería ajustado a cada individuo. Por eso es importante tener todo lo anteriormente en cuenta cuando se trabaja con este tipo de pacientes, los celadores deben sobretodo tener en cuenta la inestabilidad para así

prevenir las caídas durante la movilización, traslado o acompañamiento de los mismos.

Es muy importante que el paciente geriátrico que esté encamado se le practique de forma sistemática una serie de cambios posturales y ejercicios de movilización. La finalidad de estas acciones es evitar las úlceras por presión que debido a la fricción, presión, tiempo que pasan en la cama sin poder moverse, a la falta de movilidad, incontinencia, estado mental, estado general y poca actividad corren el riesgo de padecerlas. El cambio de postura les proporcionará bienestar, comodidad y descanso, y para ello el celador se servirá de ayuda con cojines, férulas, arcos de cama, cuñas, almohadillas para amortiguar el peso del propio cuerpo del paciente contra la superficie de la cama, silla o sillón. Durante la noche no es recomendable mantener la postura más de 4 horas. También se podrán usar colchones antiescaras o alternating que ayudarán a prevenir las úlceras por presión, pero no sustituyen a los cambios posturales. Antes de efectuar los cambios de postura habrá que comprobar que el paciente geriátrico no tiene contraindicada ninguna posición. Para dichas movilizaciones, el celador evitará hacer movimientos bruscos. Se controlarán y se estará pendiente que no se produce dolor al movilizar al paciente.

5 Discusión-Conclusión

El celador que trabaja con pacientes geriátricos deberá tener conocimientos y formación específica para este servicio, ya que este tipo de pacientes es si cabe más vulnerable que el resto por su avanzada edad y por lo general un estado de salud más delicado. La comunicación con el paciente geriátrico no será siempre un acto sencillo por lo que se debe tener especial cuidado con la comunicación verbal y no verbal, tener conocimientos en movilizaciones y ergonomía evitando movimientos bruscos e incorrectos, conocimientos en traslados que podrán ser en silla de ruedas, camillas o incluso en la propia cama del paciente, traslados intra o Inter hospitalarios, aseos y ayuda en la deambulación.

El celador va aprendiendo sobre la marcha enseñado por compañeros veteranos sobre el terreno, ya que no existe una formación académica específica para esta categoría por eso es fundamental el aprendizaje y mejora constantes.

El celador, junto con el personal sanitario tiene que conocer las diferencias entre los distintos enfermos geriátricos, ya que cada dolencia y enfermedad hay que

tratarla en su especialidad junto la dificultad que supone la edad, que provoca la falta de independencia, por lo que concluimos que el celador es fundamental en el tratamiento de dichos pacientes, ya que en la mayoría de las ocasiones el paciente geriátrico es el que más precisa la figura del celador para poder desempeñar tareas como levantarse, acostarse, etc.

6 Bibliografía

1. Búsqueda en Google con palabras clave: celador, paciente geriátrico, geriatría.
2. <https://www.efisioterapia.net/articulos/tecnicas-movilizacion-y-transferencias-pacientes>.
3. Estatuto de personal no sanitario al servicio de las instituciones sanitarias de la seguridad social de 5 de julio de 1971.
4. <https://www.geriaticarearea.com/2016/03/16/caidas-en-personas-mayoresriesgos-causas-y-prevencion/>.
5. celadores.online.blogspot.com
6. <https://revistamedica.com/celador-paciente-geriatrico-formacion-necesaria/>

Capítulo 280

EL CELADOR. LA IMPORTANCIA DE LA HUMANIZACION EN EL TRATO AL PACIENTE

VERONICA HINAREJOS DIAZ

DIEGO ZORNOZA GOMEZ

BÁRBARA BERNARDO SÁNCHEZ

JOSE LUIS FERNÁNDEZ SÁNCHEZ

IVÁN CALLEJO JIMÉNEZ

1 Introducción

Los avances científicos y tecnológicos que se han dado en las últimas décadas han permitido una mejor asistencia de los pacientes incrementando los índices de supervivencia, pero a la vez han invadido espacio al propio acto humano de la atención a la persona contribuyendo con ello a la deshumanización de la sanidad. Por todo lo anterior podemos asegurar que la deshumanización en la asistencia sanitaria constituye un problema que está asociado al desarrollo tecnológico y a la despersonalización. La deshumanización de la sanidad provoca la división de las personas que están integradas en ella, pacientes, familiares y personal asistencial, y evita verlas como un conjunto. Debido a la deshumanización, cuando los pacientes entran en contacto con la atención sanitaria pueden sufrir despersonalización y aislamiento y con ello sentir que pierden su dignidad humana.

Lo que se pretende a través de la humanización es que se vuelva a ver a ese paciente como una persona que se encuentra en unas circunstancias muy especiales, pero que no por ello tenga que perder su identidad. Lo que se busca es ofrecer unos cuidados centrados en la persona, integrando al paciente, familia y profesionales. Para lograrlo estos últimos años han aparecido en la sanidad española Planes de Humanización Globales que se están desarrollando en muchos ámbitos de la atención sanitaria, lo que se pretende con estos planes es contemplar al paciente como persona, más allá de la parte técnica de la enfermedad, y cubrir no solo sus necesidades físicas sino también las psíquicas y las emocionales teniendo en cuenta además, a sus familiares y a los profesionales que le prestan asistencia. Citando a J. C. Bermejo, experto en humanización, podemos decir que humanizar el mundo de la salud es un proceso complejo que abarca todas las dimensiones de la persona, y que va desde la política hasta la cultura, la organización sanitaria, la formación de profesionales, o el desarrollo de planes de cuidados en todo lo que se realiza para promover y proteger la salud, curar las enfermedades, garantizar un ambiente que favorezca una vida sana y armoniosa a nivel físico, emotivo, social y espiritual.

La humanización se entiende como la aproximación del sistema sanitario al paciente en una vertiente de calidad humana, potenciando la empatía y el abordaje integral. El paciente es la razón de ser del sistema sanitario y sus profesionales, y debe ser tratado como un ser humano, no como una enfermedad. Este interés por mejorar los aspectos humanísticos de la asistencia sanitaria es creciente y necesita colaboración multidisciplinar en todos los ámbitos del sistema sanitario, así como recursos para poder integrarla en su cultura.

2 Objetivos

- ☒ Sensibilizar al celador a través de la formación como estrategia y forma de participación en el trato humano al paciente
- ☒ Enumerar las actitudes humanizadoras que el celador debe tener presente en su trato con los pacientes para contribuir al proceso de humanización de la asistencia sanitaria.
- ☒ Destacar la importancia del proceso de humanización en el ámbito sanitario.

3 Metodología

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

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

4 Resultados

El objetivo principal de la humanización en sanidad, es mejorar la asistencia y trato en los hospitales a los pacientes, tanto desde el punto de vista sanitario como administrativo. Es necesario que la atención sanitaria se humanice y tenga en cuenta las diversas situaciones de los usuarios, y que administrativamente se facilite en la medida de lo posible los trámites que, generalmente, causan bastante estrés en los pacientes.

Igualmente, los sentimientos de frustración y descontento que genera en el personal de los hospitales, la dirección de la institución basada fundamentalmente en el centralismo, así como criterios economicistas de productividad, eficiencia y competencia, como el aumento de número de pacientes y la rotación constante del personal, por citar algunos, diluyen el compromiso con el cuidado, incidiendo en la deshumanización. El afán competitivo en términos de eficiencia, y las relaciones de poder que pueden tener lugar dentro de la institución, obstaculizan la relación entre el personal y el paciente, anula la comunicación efectiva entre ambos y sólo tiene cabida la ejecución de técnicas, así que no hay tiempo para conocer y menos para responder a las necesidades no fisiológicas. No hay tiempo para el cuidado y la atención es impersonal. Un eslabón más en esta cadena de factores deshumanizantes es la rutina y la desmotivación en la que suele entrar el profesional. Es posible que una relación fundada en la rutina, la indolencia e indiferencia, despoje al paciente de su dignidad y haga que tanto el personal sanitario como el no sanitario pierdan la motivación. Humanizar la salud no es tanto un proceso de estructuras y mecanismos, es una cuestión de actitudes.

En una organización humanizada existe un compromiso personal y de la colectividad por humanizar la realidad, las relaciones, las conductas y el entorno, especialmente cuando se toma conciencia de la vulnerabilidad ajena y la necesidad de ayuda de los pacientes, y es que en un entorno hospitalario, son múltiples las perspectivas que deben trabajarse, que van desde tener en cuenta pequeños detalles en el entorno hasta los factores que influyen en la comunicación de los pacientes con los profesionales sanitarios, pasando por el trabajo colaborativo con las entidades de voluntariado y por supuesto la participación de los pacientes.

El celador es una de las primeras personas con las que los pacientes entran en

contacto cuando se dirigen a un centro de salud u hospitalario para recibir asistencia sanitaria, que el celador muestre una actitud de ayuda con una sonrisa al paciente que va a enfrentarse a un tratamiento o diagnóstico contribuye en gran medida a disminuir la angustia y el miedo que este pueda sentir.

En muchas ocasiones nos encontramos con pacientes y usuarios que tienen dificultades de comprensión a causa de la edad, de un deterioro cognitivo, por tener niveles culturales bajos o por no conocer bien el idioma, facilitar información a estas personas también es considerado una actitud humanizadora. Cuando la atención que prestamos es telefónica, con una actitud de escucha y una voz amable se consigue un acercamiento a la persona a pesar de la distancia, esto va a ayudar al paciente a tener confianza en las personas por las que va a ser atendido con lo que podemos decir que ya desde la asignación de la cita se puede humanizar la atención sanitaria.

Cuando surge un retraso en la consulta, informar de ello con una breve explicación y pedir disculpas por las molestias ocasionadas a los pacientes que esperan a ser atendidos, los tranquilizará puesto que aliviará la angustia que estos puedan sentir por una espera injustificada y sin explicación, con ello conseguimos que tengan la sensación de que el personal asistencial los tiene en cuenta como personas humanizando la atención. Atender a las personas y resolver las cuestiones o problemas que estas puedan tener, con un comportamiento amable y humano, hará que pacientes y usuarios abandonen los centros de salud y los hospitales con la sensación de haber sido bien atendidos.

La humanización del entorno no incluye solamente aspectos relacionados con la decoración, el confort de las instalaciones, la luz, el color, etcétera, sino también con otros aspectos que los pacientes valoran, como por ejemplo el ruido, las conversaciones que se tienen en los pasillos sin respetar la intimidad de los pacientes, la calidez de una sala de estar para padres de neonatos, la señalización de los largos pasillos, el localizar fácilmente a un informador, o una ventanilla para gestionar las citas, y por supuesto, todo lo relacionado con la accesibilidad, entendida no solamente como tiempos de espera o accesibilidad física de las instalaciones, sino en su globalidad, ofreciendo a los usuarios una información accesible, respetuosa y cercana, para facilitar su trayectoria y su experiencia dentro del hospital. Esto es un reto particularmente difícil de abordar en hospitales con estructuras más antiguas, pero con voluntad e impulso de la gerencia vamos dando pasos.

5 Discusión-Conclusión

La humanización se entiende como la aproximación del sistema sanitario al paciente en una vertiente de calidad humana, potenciando la empatía y el abordaje integral. El proceso de humanización es parte fundamental de la calidad del servicio que se presta. Poner en práctica la empatía y la humanización como habilidades de la inteligencia emocional, es importante para el entorno sanitario, consiguiendo así grandes beneficios.

Se debe hacer hincapié en la formación y capacitación de los profesionales, y en el caso que nos ocupa, en los celadores, ya que ellos tratan de forma muy directa a los pacientes, en habilidades como comunicación, información, empatía, escucha, gestión emocional, gestión del estrés y el miedo. La empatía como nueva asignatura. Es responsabilidad de todos mejorar la humanización de la asistencia sanitaria, de los pacientes, de las familias, de los profesionales y de las instituciones ya que los profesionales sanitarios necesitan de éstas una serie de condiciones.

En la actualidad, algunos problemas como la escasez de tiempo de profesional, la gran tecnificación de la atención sanitaria, dificultades relacionadas con la adecuación de espacios, o la búsqueda de motivación profesional son elementos en los que corresponde, a quienes tienen responsabilidades de gestión, facilitar la búsqueda de soluciones, y orientar los presupuestos o los mecanismos de participación, de acogida de propuestas de profesionales y pacientes y desarrollar áreas de mejora conjuntas hacia una atención orientada fundamentalmente a las personas y cuya búsqueda redundará en una mayor satisfacción profesional. La clave del éxito de la humanización reside en lograr ese cambio. Las necesidades formativas de los implicados en los aspectos humanísticos de la asistencia sanitaria deben ser satisfechas mediante el desarrollo y establecimiento de programas integrados en estudios universitarios y de desarrollo profesional continuo, incluyendo la enseñanza de competencias y habilidades relacionadas con la comunicación y la humanización.

6 Bibliografía

1. Humanizar. Humanismo en la asistencia sanitaria. José Carlos Bermejo/M^a Pilar Martínez-Barca/Marta Villacieros. Centro de humanización de la salud. Ed. Desclée de Brouwer. <https://www.scielo.org/es/>.
2. <https://fisiostar.com/celador/como-actuar-con-enfermos-y-familiares-en->

unhospital.

3. Humanizar la sanidad <https://www.elsevier.es>

Capítulo 281

EL CELADOR Y LA RELACION CON EL PACIENTE Y FAMILIARES

VERONICA HINAREJOS DIAZ

DIEGO ZORNOZA GOMEZ

BÁRBARA BERNARDO SÁNCHEZ

JOSE LUIS FERNÁNDEZ SÁNCHEZ

IVÁN CALLEJO JIMÉNEZ

1 Introducción

La calidad en la atención al paciente hospitalizado radica, no solo en la aplicación de habilidades técnicas, sino también en las relacionadas con la comunicación y las habilidades personales. Una persona enferma se vuelve frágil y vulnerable, no solo por las limitaciones físicas que conlleva su dolor y sufrimiento, sino por las mentales, que influyen en su manera de pensar y razonar, pasando de ser una historia integrada de vida, a una simple historia clínica o un número de cama. En definitiva, pasa a ser cosificado. Aprender el nombre de los pacientes y utilizarlo es el primer paso hacia la humanización del cuidado.

La comunicación tiene un efecto beneficioso, es sabido los beneficios del poder hablar y expresarse, y además es terapéutico cuando se emplea para ayudar al paciente a resolver problemas de salud. Hay varios tipos de comunicación como lo son la comunicación asertiva y no asertiva, la asertiva es cuando el paciente

muestra sus sentimientos y las ideas abiertamente con el celador, y la comunicación no asertiva cuando el paciente se encuentra preocupado, no quiere hablar sobre su estado de salud, porque lo que le ha pasado puede sentirse culpable.

Por la peculiaridad del trabajo del celador, suele ser el primer profesional del servicio de salud que entra en contacto con los enfermos y según la ubicación en ese momento lo es también de los familiares. Los familiares de los enfermos, en determinados momentos, se dirigen al celador con la necesidad de que les informe sobre alguna consulta o necesidad en algo relacionado con el paciente y que para ellos es de suma importancia, en estos casos el celador debe tener en cuenta el efecto de sus actos hacia dichas personas.

Respecto a los familiares, son personas que en muchos casos sufren, los celadores deben dirigirse a ellos de una manera respetuosa. El trato directo con los familiares tiene que extremarse al máximo procurando empatizar con ellos. Ser pacientes, saber escuchar, tener cuidado de no herir su sensibilidad ni sus sentimientos no solo es misión del celador sino también del resto de profesionales del sistema de salud.

La calidad en la atención al paciente hospitalizado radica, no solo en la aplicación de habilidades técnicas, sino también en las relacionadas con la comunicación y las habilidades personales. Una persona enferma se vuelve frágil y vulnerable, no solo por las limitaciones físicas que conlleva su dolor y sufrimiento, sino por las mentales, que influyen en su manera de pensar y razonar, pasando de ser una historia integrada de vida, a una simple historia clínica o un número de cama. En definitiva, pasa a ser cosificado. Aprender el nombre de los pacientes y utilizarlo es el primer paso hacia la humanización del cuidado.

2 Objetivos

- Identificar las actitudes recomendables del celador ante la comunicación con los pacientes y familiares en el ámbito hospitalario.
- Desarrollar en la actividad laboral la forma más correcta y humana de transmitir la información al paciente y sus familiares.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre la literatura científica existente sobre las funciones del celador. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han consultado artículos en las principales bases

de datos: Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

La atención a los familiares por parte del celador se concreta en las siguientes funciones:

- 1/ Informar en todo momento y siendo posible a los familiares sobre la planta o servicios en él se encuentra el paciente, incidencias, tiempo de espera, traslados.
- 2/ En disminuir en todo lo posible la preocupación que tiene los familiares hacia los pacientes.
- 3/ En una atención personalizada, respetuosa y cariñosa hacia los familiares de los enfermos.
- 4/ Localización de familiares por el servicio de megafonía para traslados de avisos, información o llamadas telefónicas del exterior.
- 5/ Nunca deberá informar sobre el estado de los pacientes y si se surge deberá derivar con toda amabilidad la petición al personal facultativo.
- 6/ El celador estará sujeto al secreto profesional y guardará silencio sobre toda la información que genere el ejercicio de su profesión, incluyendo los detalles que a él no le parezcan relevantes o sin importancia.
- 7/ Canalizar las quejas, reclamaciones y sugerencias de los usuarios y dirigir las al servicio de atención al paciente.
- 8/ La información que se le ofrezca a los familiares deber ser siempre clara, completa, amable y sencilla para ser entendida por cualquier personal.

Para ello, es necesario que el celador tenga empatía, interés en un trato respetuoso, tener una serie de actitudes y aptitudes que favorezcan una buena comunicación:

- 1) Saber escuchar al paciente, demostrando interés por él y por su entorno.
- 2) El tono de voz debe adecuarse a cada paciente y las circunstancias, y, las expresiones corporales deben ser mínimas, ya que se trata de un lenguaje ambiguo, poco preciso y susceptible de valoraciones muy subjetivas
- 3) Los familiares y los pacientes no deben percibir, en ningún momento por parte de los profesionales sanitarios desinterés por su situación, bien por tratarse de un proceso habitual, por prisas...
- 4) Favorecer la expresión y comunicación con el paciente cuando quiere transmitir algo. Se trata de crear un ambiente distendido y manifestar empatía hacia el enfermo y sus familiares

- 5) Adecuarse, en la medida de lo posible, al tipo de paciente, teniendo en cuenta la clase y las características de la enfermedad que padece.
- 6) Cuando el celador tenga que hablar con el paciente o sus familiares lo hará utilizando un lenguaje claro y evitando, en la medida de lo posible los tecnicismos. Debe hablarse lo preciso, evitando todo tipo de tertulia.
- 7) Favorecer situaciones de comunicación con el paciente, aunque evitando que se sienta presionado a hablar.
- 8) Ser consciente de que su actitud general, forma de presentación ante los familiares o pacientes, aspecto físico y forma de vestir, expresión corporal y mímica influyen de manera favorable o desfavorable en la comunicación con el paciente.
- 9) Descubrir la importancia que tiene entender al paciente como persona teniendo en cuenta sus necesidades.
- 10) El celador debe evitar cualquier juicio de valor u opinión sobre el proceso del enfermo.

Aparte de todo, también hay que tener en cuenta, que para el celador, debe de cuidar su estado físico, mental y emocional, ya que la jornada laboral puede suponer cierto grado de estrés, por carga mental (dependiendo del tipo de tarea :el trato con pacientes y familiares, el tipo de pacientes y la gravedad que presentan, situaciones de incertidumbre y presión temporal), por la organización (la coordinación y distribución de las actividades) y por el horario de trabajo (modificación de los ritmos circadianos, la alteración del sueño y la repercusión sobre la vida familiar y social), por lo que debe de velar por su salud en todos los niveles para no llegar a caer en bajas laborales.

En el desarrollo de la actividad laboral dentro del ámbito sanitario, las malas interpretaciones y errores pueden dar lugar a que los usuarios no estén conformes, ya que cuando un individuo está enojado normalmente lo exterioriza de forma violenta, tiende a exagerar e incluso a dramatizar. En estas situaciones se deben de tomar una serie de medidas para minimizar los riesgos que conllevan un usuario, paciente o familiar, alterado, como son las siguientes :

- 1) No entender la queja como un problema.
- 2) Hacer un seguimiento de la tramitación de la queja y del resultado de la misma.
- 3) Evitar discutir.
- 4) Emplear las habilidades de comunicación como son la claridad verbal, la cortesía, la empatía, capacidad de escucha y capacidades de negociación.
- 5) Escuchar activamente y ayudarlo a expresar lo que quiere decir.
- 6) Utilizar lenguaje adecuado.
- 7) Permanecer leales a la Institución.

- 8) Plantear soluciones.
- 9) No decidir ni dar una respuesta precipitada.
- 10) Escuchar sin interrumpir, mostrar interés y resumir lo que el usuario ha dicho

5 Discusión-Conclusión

Para una comunicación completa debe existir una empatía por parte del personal que haga que este se ponga en el lugar del enfermo, pueda sentir y pensar como él. En esta relación empática entre de personal sanitario y no sanitario con el enfermo se crea un clima de respeto y dignidad en la que el enfermo se encuentra cómodo dentro de su dolencia, y no un medio hostil en el que no se encuentre confortable y comprendido porque esto puede llevar a que todo aquello que se le pueda decir lo interprete de una forma incorrecta y decaiga su estado de ánimo para ello influye los gestos, las palabras y el estado del personal.

La actitud del celador con respecto a los familiares de los enfermos es de suma importancia, pues para los familiares, es algo más que un profesional: es la cara amable, la persona a quien se le pide información sobre la habitación, horarios de transporte, horarios de visitas en general, en definitiva, el celador se muestra como un apoyo en esos momentos de los familiares de los pacientes. Por lo que debe dirigirse a ellos siempre con respeto y empatía para crear una atmósfera de cordialidad. Es decir, debe de tener la capacidad de ponerse en su lugar. Tienen que adquirir una serie de habilidades sociales, sumado a la utilización de diferentes técnicas comunicativas que serán utilizadas teniendo, mucho cuidado y tacto, para adaptarla a contextos muy diversos. La actuación correcta desde el primer eslabón hasta el último da como resultado una satisfacción total de todos los usuarios que necesitan ser atendidos en la sanidad.

6 Bibliografía

1. Ley General de Sanidad 14/9 de 25 de abril
2. Constitución Española.
3. <https://fisiostar.com/celador/como-actuar-con-enfermos-y-familiares-en-unhospital>.
4. <http://celadoresonline.blogspot.com/p/tema-31-laatencion-al-usuario.html>.
5. <https://fisiostar.com/celador/como-actuar-con-enfermos-y-familiares-en-unhospital>.

Capítulo 282

PREVENCIÓN DE RIESGOS LABORALES, DERECHOS Y OBLIGACIONES Y PARTICIPACIÓN DEL PERSONAL

CARMEN MARIA SUAREZ RODRIGUEZ

1 Introducción

Año tras año se obtienen datos de accidentes de trabajo en las empresas, ya sean públicas o privadas, que llevan a pensar que algo no se está haciendo bien para evitar que esto suceda. Por ejemplo, según informe del Ministerio de trabajo, en España, durante el año 2019, se registraron 650.602 accidentes de trabajo con baja. La mayoría se produjeron durante la jornada laboral, en concreto 562.756 accidentes. El resto, 87.846 accidentes, tuvieron lugar durante el trayecto del domicilio al centro de trabajo o viceversa, los llamados in itinere. Durante el año 2020, se registraron 505.528 accidentes de trabajo con baja. La mayoría se produjeron durante la jornada laboral, en concreto 446.195 accidentes, el resto, 59.333 accidentes, tuvieron lugar durante el trayecto, in itinere. Hay que tener en cuenta que el descenso de la siniestralidad se debe a la irrupción del Covid en nuestras vidas. La pandemia obligó a hacer cambios drásticos en la organización de las empresas y al descenso de trabajadores en ellas.

Con estas cifras, es indudable que son necesarias las medidas que lleven a disminuir o incluso eliminar los accidentes o enfermedades en los puestos de trabajo. Tanto los empresarios como los trabajadores deben aunar esfuerzos para conseguir esta meta.

En toda empresa debe llevarse a cabo una actividad preventiva, donde el empresario deberá realizar una evaluación inicial de los riesgos para la seguridad y salud de los trabajadores, siendo actualizada en caso de cambio en las condiciones de trabajo y sometida a revisión si fuera necesario, por haberse producido daños para la salud.

2 Objetivos

Exponer la importancia de promover la seguridad y la salud de los trabajadores. Explicar las medidas a tomar y la necesidad de su cumplimiento para la protección de la seguridad y la salud de los trabajadores.

3 Metodología

Para la elaboración de este capítulo, se ha llevado a cabo una revisión bibliográfica obteniendo información de diversas fuentes, como la Constitución Española en su artículo 40.2, La Ley 31/1995, de 8 de noviembre, de Prevención de Riesgos Laborales, bases de datos como Scielo y Pubmed y libros especializados en prevención de riesgos laborales.

4 Resultados

La prevención de riesgos laborales es muy importante, ya que todas las empresas son responsables de cuidar y proteger la salud del capital humano que forma parte de ellas. Además, es imprescindible cumplir con la legislación vigente en esta materia, es decir, los trabajadores tienen derecho a una protección eficaz en materia de seguridad y salud en el trabajo, lo que supone para el empresario el deber de protección de éstos frente a los riesgos laborales. Para dar cobertura a lo anteriormente comentado, se aprobó la Ley 31/1995, de 8 de noviembre, de Prevención de Riesgos Laborales. Esta Ley regula las actuaciones a desarrollar para el cumplimiento en la aplicación de las medidas y principios generales establecidos. En todo caso tendrán el carácter de derecho necesario mínimo indisponible, pudiendo ser mejorado y desarrollado en los convenios colectivos.

Para la aplicación de las medidas que debe tomar el empresario en la protección de los trabajadores, éste debe basarse en una serie de principios según el artículo 15 de la ley de prevención de riesgos laborales que comienzan primero, por evitar los riesgos y en caso de no poder hacerlo, evaluar éstos. Una vez que se conocen

combatirlos en su origen. Las medidas que se adopten deben anteponer la protección colectiva a la individual, y sustituyendo lo que sea peligroso por lo que entrañe poco o ningún peligro. Planificar la prevención, teniendo en cuenta la evolución de la técnica y adaptando el trabajo a cada persona, dándole además las debidas instrucciones, y tomando en consideración las capacidades profesionales de los trabajadores al encomendarles las tareas.

Por otra parte, según el artículo 29 de la ley de prevención de riesgos laborales, a los trabajadores les corresponde velar por su propia seguridad y salud en el trabajo y por la de aquellas otras personas a las que pueda afectar su actividad profesional, a causa de sus actos y omisiones en el trabajo. Dependiendo de la formación que tenga cada uno y siguiendo la disciplina de la empresa, deberán cumplir con todas las medidas de prevención implantadas.

De todo lo anterior se desprende, que todos los que forman parte de una empresa, deben colaborar en la prevención de riesgos laborales, para que el éxito sea una realidad.

5 Discusión-Conclusión

La Prevención de Riesgos Laborales es fundamental por el mero hecho de que su implantación y la correcta ejecución de la misma ayuda a reducir o eliminar accidentes de trabajo y enfermedades profesionales, facilita el trabajo en condiciones seguras, permite el cumplimiento de las normas vigentes, mejora la gestión de la empresa y la satisfacción de los trabajadores y su motivación.

El empresario tiene el deber de proteger a los trabajadores en materia de seguridad y salud en el trabajo mientras que el trabajador debe cumplir con las medidas implantadas.

Se puede deducir de todo lo anterior que, cuando en una situación de peligro grave e inminente para la seguridad del propio trabajador o la de otros y si fuera imposible contactar con un superior jerárquico, si el trabajador posee los conocimientos adecuados y los medios técnicos a su disposición para poder adoptar las medidas necesarias que eviten las consecuencias de dicho peligro, se demuestra la importancia de la implantación de un sistema de Prevención de Riesgos Laborales que asegure unas condiciones de trabajo seguras y saludables para todos los trabajadores.

6 Bibliografía

1. Índice sistemático de La Constitución española. <https://www.app.congreso.es>indice>titulos>articulos>
2. Ley 31/1995, de 8 de noviembre, de Prevención de Riesgos Laborales. <https://www.boe.es/eli/es/l/1995/11/8/31/con>
3. Ministerio de Trabajo y Economía Social. https://www.mites.gob.es>contenidos>guia_10_22_1
4. Instituto Nacional de Seguridad y Salud en el Trabajo. <https://www.insst.es>normativa>

Capítulo 283

PINCHE DE COCINA Y DISEÑO DE UNA COCINA HOSPITALARIA. SISTEMAS DE GESTION

EMILIO CASTILLO LOZANO

MARIA LOZANO ALFARO

EMILIO CASTILLO ROSA

1 Introducción

La cocina hospitalaria ha evolucionado lentamente a lo largo de la historia. En la actualidad es posible servir platos fríos y calientes y se intenta que los alimentos lleguen al comensal manteniendo las propiedades organolépticas. Gracias a los avances en la maquinaria que se utiliza y a la aparición de nuevas técnicas de cocinado; sin embargo aún no se han resuelto muchas dificultades, como es la llegada en muchas ocasiones de los alimentos cocinados al comensal mal presentados, secos, fríos y poco atractivos.

Una cocina hospitalaria debe proporcionar la alimentación de todos los pacientes ingresados en el hospital, enfrentándose y solucionando numerosos problemas, como el mantenimiento de los locales y de los equipos de trabajo; la adquisición y almacenamiento de las materias primas; servir las comidas en un horario lo más acorde posible con las costumbres de la sociedad a la que sirve; la variedad de dietas, que en ocasiones es la base del tratamiento, como ocurre en la diabetes, hipertensión arterial, etc.

Hace varios años la comida ofrecida en los hospitales no gozaba de buena fama. Un impedimento que afrontan las personas encargadas de dar de comer a los pacientes es concretamente la ausencia de apetito que normalmente sufren debido a la enfermedad, pero para que se recuperen y recobren la salud rápidamente, que los pacientes mantengan una buena alimentación es una condición imprescindible. Por lo tanto, los platos que se ofrecen en los hospitales no únicamente pasan exhaustivos controles de calidad alimentaria, sino que también se impone un largo procedimiento de diseño para asegurar que cada paciente obtenga los nutrientes que le sean necesarios, procurando evitar los alimentos o aditivos alimentarios que dañan su salud y disfruten de la riqueza que proporciona el momento de la comida.

En el trabajo de la cocina hospitalaria intervienen distintos factores, cuya prevención asegura minimizar riesgos, un buen ambiente laboral y un desarrollo de trabajo óptimo. Es muy importante la participación de los pinches, en el desarrollo de las distintas tareas, y es que una cocina de un hospital está llena de gente trabando de una manera coordinada, organizada y en diferentes partidas con la máxima de agilizar los procesos y favorecer el mantenimiento de la calidad de los productos, esto repercute positivamente en el bienestar del paciente que está ingresado en un hospital y favorecerá en muchos casos su recuperación.

2 Objetivos

- Definir las características básicas de la cocina hospitalaria actual.
- Explicar las distintas actividades que se realizan en la cocina de un hospital actual.
- Explicar las tendencias más actuales en la restauración colectiva hospitalaria.

3 Metodología

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

4 Resultados

La cocina hospitalaria es un tipo especial de cocina industrial, dedicada a la restauración colectiva social, que difiere en múltiples aspectos de la restauración colectiva comercial, siendo el fundamental de todos ellos el no buscar beneficio económico sino el proporcionar un servicio de calidad, que ayude a la recuperación de la salud del enfermo, constituyendo en muchas ocasiones una parte esencial del mismo tratamiento, ya que se ha demostrado que una presentación agradable y apetitosa de los menús acorta el período de recuperación, mientras que una alimentación inadecuada lo alarga. Y es que la alimentación del hospital, está muy valorada por los enfermos y sus familiares, ya que ocupa el segundo lugar en la evaluación de la asistencia sanitaria, solamente por detrás de la atención y/o amabilidad del personal sanitario.

En el proyecto de la cocina hay que considerar qué línea de producción o cocinado será la ideal para el objetivo que quiere alcanzar el hospital, distinguiéndose dos sistemas:

1/ Línea caliente: es el tradicional. Los alimentos se cocinan y nada más terminar el cocinado se emplatán y se distribuyen a los comensales. Ya que es el sistema de cocinado de siempre, tiene la ventaja de que es universalmente conocido y el personal necesita menos formación. Su desventaja es que al distribuirlo a zonas alejadas, si los procedimientos no se realizan correctamente, puede perderse calor y el alimento llegue frío y reseco, con la consiguiente pérdida de las propiedades organolépticas, y, sobre todo, si la pérdida de calor es suficiente, puede producirse un crecimiento bacteriano que dañe o complique la recuperación de la salud del paciente. Además son necesarios dos turnos de trabajo, uno para el desayuno y para la comida y otro para la merienda y para la cena, todos los días de la semana. Además si varía el número de comensales o la composición de las dietas hay que improvisar la respuesta, lo que obliga a un stock en almacén y a un retén de personal en la cocina.

2/ Línea fría: de reciente aparición, tiene dos sistemas:

- Línea refrigerada: los alimentos no se distribuyen al terminar el cocinado sino que son refrigerados y conservados en frigoríficos a temperatura de entre 0 y 3 grados, y llegado el momento se retermatilizan o regeneran a la temperatura de 65 grados, para hacerlos aptos para el consumo y distribuirlos. Pueden estar almacenados hasta 5 días y precisa de dos espacios a continuación del de cocinado: uno dotado de sistema de abatimiento de calor para enfriar con rapidez los alimentos y de termoselladoras para las bandejas, y otro de almacenamiento de alimentos elaborados.

- Línea congelada: al terminar el cocinado, los alimentos son congelados y llegado el momento de consumo son retermalizados o regenerados a la temperatura de 65 grados, para ser distribuidos y consumidos. Los alimentos así tratados pueden conservarse hasta cuatro meses.

También podemos hablar de la cocina al vacío. Es la variante más reciente. Consiste en envasar el alimento al vacío y luego enfriarlo y conservarlo. La cocina al vacío precisa de un espacio dotado con máquina de vacío, cocedor al vapor, abatidor de calor y cámara frigorífica. Cuando se vayan a consumir han de ser regenerados también. Su principal ventaja es que, al no haber aire, se paraliza el desarrollo bacteriano y se alarga el tiempo de conservación hasta los 21 días. El proceso de regeneración consiste en calentar los alimentos hasta alcanzar los 65 grados en todos los puntos del alimento. Debe realizarse en menos de una hora e inmediatamente antes de ser servidos los alimentos. Puede usarse el baño maría (para salsas y sopas), microondas, hornos de infrarrojos, u hornos de convección. También existen carros de regeneración, que pueden trasladarse a las plantas, donde necesitan una toma de corriente para estar conectados durante la regeneración (puntos de regeneración). Hay dos variantes:

- Cocinado al vacío: Una vez cocinados los ingredientes, se envasan en recipientes de plástico y luego se hace el vacío y se almacenan en cámaras frigoríficas. Es prácticamente igual que la cocina tradicional, pero se conserva más tiempo.

- Cocción al vacío: Se diferencia del anterior en que se utiliza también como método de cocción, no sólo de conservación. Los ingredientes crudos del plato se introducen en el recipiente, se hace el vacío y se cuecen dentro del mismo envase, para después enfriarlos y conservarlos en cámaras.

En referente a los requisitos generales higiénicos de los locales destinados a los productos de alimentación de la cocina hospitalaria, tenemos que tener en cuenta los siguientes principios:

1/ Estos locales tienen que permitir una correcta limpieza y desinfección en cada jornada de trabajo.

2/ La temperatura de los cuartos o estancias de la cocina será la idónea para la manipulación de los diversos alimentos.

3/ El espacio tendrá que ser suficiente y adaptado a las tareas que se desarrollen.

4/ Los productos de limpieza y desinfección estará separados convenientemente de las estancias de la cocina.

5/ Se tendrá que tener en cuenta la circulación del aire de trabajo evitando al máximo posible la contaminación.

Decidir qué tipo de alimentación va a producir la cocina es importante hacerlo

al inicio del diseño, porque va a determinar toda la organización de la cocina. En la alimentación hospitalaria hay distintos sistemas de gestión, cada uno de ellos con sus características, ventajas e inconvenientes:

1/ Autogestión o internalización: la gestión es responsabilidad exclusiva del hospital. Se distinguen dos tipos:

- Sistema descentralizado: en él la preparación de los alimentos y el cocinado se realiza en la cocina y posteriormente se distribuye a las plantas o pabellones del hospital, a los offices,.
- Sistema centralizado: la preparación, cocinado y emplatado de los alimentos se realiza en la cocina y a continuación se distribuyen los menús a los enfermos en bandejas, transportadas en carros.

2/ Externalización o gestión por una empresa especializada contratada, que puede ser pública o privada. También hay dos modelos:

- Elaboración externa o catering: la comida se prepara y elabora en las instalaciones de una empresa privada y es transportada al hospital, distribuyéndola personal del centro.

- Elaboración interna: la comida se prepara y elabora en las instalaciones del hospital. Existen varios modelos:

* Unidad de producción externa: tanto el personal como la adquisición de materias primas, elaboración y distribución de la comida corresponde a la empresa contratada.

* Unidad de producción interna: el personal y la preparación, elaboración y distribución de la comida corresponden al centro, pero el suministro de las materias primas las hace un proveedor contratado.

* Unidad de producción mixta: la elaboración de la comida la hace personal del centro junto con personal de la empresa contratada, que se encarga también de proveer la materia prima.

5 Discusión-Conclusión

La cocina hospitalaria tiene como objetivo lograr que el paciente recobre su salud lo mejor y antes posible. Resulta de la misma importancia la calidad de la materia prima empleada en la elaboración de los menús, la forma en que estos se elaboran y se conservan, como que resulten apetecibles para el paciente, así como también es importante, las ventajas del sistema centralizado de cocina, todo ello para ganar fluidez y evitar la tan temida contaminación cruzada.

El diseño y ejecución de un área de cocina de hospital es un trabajo que requiere de diversas especialidades por tratarse de un servicio básico y extremadamente

complejo. Para que el funcionamiento sea todo lo perfecto que se desee es absolutamente indispensable que esté presente ya, como muy tarde, en la primera reunión del equipo multidisciplinar que se vaya a encargar del diseño del hospital que se pretende construir. De no ser así se condena a todo el área a realizar tareas en espacios inadecuados, a los trabajadores a desempeñar su función en lugares desprovistos del espacio indispensable y de los utensilios o maquinaria necesaria. Y a los enfermos a recibir una alimentación que no ha podido ser cocinada en las mejores condiciones ni con los medios más adecuados, y que, ello mismo, repercutirá en su salud haciendo que su recuperación sea más lenta y difícil.

El trabajo en una cocina hospitalaria tiene que estar bien organizado y la plantilla de trabajo tiene que estar suficientemente formada y sensibilizada de la gran importancia que tiene la higiene personal y el cumplimiento de las normas básicas de manipulación para evitar la contaminación de los alimentos. Consideramos importante la certificación y actualización de los trabajadores de la cocina hospitalaria sacando anualmente el carnet de manipulador de alimentos, así como la actualización y control por parte de la gerencia de la cocina en la correcta adecuación de la instalación de la misma con el fin de favorecer el trabajo en cocina, agilizando los procesos.

Para una buena realización de almacenamiento y conservación de materias primas de un hospital se necesita la elaboración de una serie de protocolos bien definidos y conocidos por el personal que trabaja en la cocina y en el almacén de la cocina, su formación y conocimiento de estos protocolos, así como su compromiso personal y profesional marcarán la diferencia para una correcta labor profesional, no obstante es necesario la realización de jornadas formativas impartidas por el centro sanitario para la formación en esta materia a las nuevas contrataciones y también de jornadas de sensibilización a la plantilla más veterana.

6 Bibliografía

1. Plataforma Logoss .
2. www.revistamedica.com
3. Temario pinche parte específica. Editorial MAD.

Capítulo 284

EL PERSONAL DE COCINA HOSPITALARIA. EL PINCHE DE COCINA Y LA PREVENCIÓN DE RIESGOS Y ACCIDENTES

EMILIO CASTILLO LOZANO

MARIA LOZANO ALFARO

EMILIO CASTILLO ROSA

1 Introducción

Son muchas y muy variadas las actividades que se desarrollan en los grandes hospitales, si bien su carácter eminentemente sanitario y la relevancia social del mismo muchas veces eclipsan la gran cantidad de actividades paralelas que son necesarias para el buen funcionamiento de un hospital y para que este preste a sus pacientes la mejor atención buscando que su estancia en el mismo sea lo más confortable posible. La estructura de un hospital muestra además de los conocidos puestos de trabajo sanitarios (médicos y enfermería en gran parte), un gran número de trabajadores en áreas como administración, atención al público, lavandería, cocina, limpieza, mantenimiento, transporte, hasta conformar un mosaico propio de una pequeña ciudad.

En una cocina hospitalaria trabajan un gran número de personas realizando labores de diferente índole, actividades como el transporte de carros de comida, trabajo de carácter manual con manipulación de alimentos, cierta exposición a

suelos mojados por derrames de líquidos, proximidad a fuentes de calor, etc; a estos riesgos de accidente en muchas ocasiones se añade la incorporación de personal eventual con escasa experiencia que aumenta la posibilidad de accidentes. Pero el sentido común, el compromiso y la profesionalidad de cada uno de los trabajadores también jugará un factor clave a la hora de evitar accidentes.

Cabe destacar que es una obligación, en última instancia, de la dirección de la unidad hospitalaria garantizar la seguridad y la salud de los trabajadores que trabajen en la cocina, debiendo realizar la prevención de los riesgos laborales mediante la adopción de cuantas medidas sean necesarias para la protección de la seguridad y la salud de los trabajadores según la Ley 31/1995, de 8 de noviembre, de Prevención de Riesgos Laborales.

A continuación exponemos los riesgos que pueden ser más comunes en el puesto de trabajo de Ayudante de Servicios, en el ámbito de la cocina, partiendo de las directrices que marca la guía básica y general de Orientación para la Vigilancia de la Salud y Prevención de Riesgos laborales, 2015-2020 del Ministerio de Sanidad. El principal propósito de la vigilancia de la salud es el análisis del impacto que el trabajo tiene sobre la salud de los trabajadores y con la información obtenida, mejorar las condiciones de trabajo e identificar los efectos adversos para eliminarlos o cuantos menos, mitigarlos y adaptar las condiciones de trabajo a la salud de las personas.

De entre los accidentes con baja que se producen en cocinas hospitalarias los más numerosos son contusiones, debidas a choques contra elementos móviles como carros de reparto de bandejas, caídas en muchos casos asociadas a suelos mojados, cortes o quemaduras. Sin embargo existe un grupo de accidentes, que si bien no son numerosos, si revisten especial gravedad por las lesiones asociadas, como es el caso de úlceras en ojos, queratitis cáusticas, dermatitis o quemaduras químicas, todos ellos producidos por la manipulación de productos químicos peligrosos.

2 Objetivos

- Identificar y describir los factores de riesgo asociados al trabajo en la cocina hospitalaria.
- Planificar la actividad preventiva necesaria con la adecuada adopción de medidas para un trabajo en la cocina más seguro.

3 Metodología

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

4 Resultados

En una cocina de hospital el personal que trabaja en ella está expuesto a posibles accidentes entre los que destacan los siguientes:

1/ Cortes y pinchazos debido a la manipulación de los alimentos principalmente con cuchillos de diferentes formas, tamaños y en ocasiones con el filo poco afilado con lo que aumenta la posibilidad de accidente. Es importante que los cuchillos estén bien afilados, dotados de mangos anti deslizantes y en buen estado, en el caso de utilizar una máquina de corte el trabajador se debe de poner el guante de malla anticorte como medida de protección. La maquinaria de corte dispondrá de resguardos y dispositivos de seguridad, y se emplearan empujadores y carros alimentadores en las máquinas de corte (picadoras, cortadoras de fiambre...)

2/ Caídas, según varios estudios las caídas en las cocinas es uno de los accidentes más concurrentes y una de las causas que genera más bajas laborales; en una cocina se trabaja con líquidos como pueden ser aceites, agua, caldos y también productos de limpieza de la vajilla y utensilios como el jabón o detergente, es común que estos productos se puedan derramar en el suelo provocando que aumente el riesgo de caída. El suelo se debe de mantener lo más limpio posible, ante un derrame de un producto se debe de señalizar con un cartel amarillo de peligro para que el personal pueda identificar que esa zona es peligrosa. También es importante mantener el entorno de trabajo bien organizado y lo más libre posible de objetos que puedan obstaculizar el trabajo. Se recomienda la utilización de calzado antideslizante y extremar el cuidado en las cámaras frigoríficas, en la zona de Cocina central y cintas.

3/ Golpes, en una cocina de hospital se trabaja con un gran número de utensilios, como marmitas, carros, bandejas Gastronor, dicho material se tiene que almacenar en grandes cantidades y es habitual la caída de estos materiales y que el trabajador se pueda golpear. Al igual que en el apartado de caídas el orden del material y utensilios es importante, así como mantener cajones cerrados, alma-

cenar los equipo más pesados en las zonas más bajas y utilizar calzado reforzado y anti deslizante como medida de seguridad personal. Se recomienda encender la luz para acceder a los distintos espacios y observar que existe anchura suficiente para evitar golpes en caso de utilización simultánea de carros, mesas y equipos.

4/ Quemaduras, estas también forman unos de los accidentes habituales en la cocina debido a la exposición con fuentes de calor utilizadas en el cocinado y también a la utilización de líquidos a altas temperaturas, como aceite o agua. Se recomienda :

1. No llenar los recipientes más de 3/4 de su capacidad.
2. Orientar hacia el interior de los fogones los mangos de cacerolas y sartenes.
3. Utilizar métodos de trabajo adecuados que eviten los riesgos de salpicaduras
4. Eliminar el agua de los alimentos y vigilar una correcta introducción de los alimentos en los recipientes de cocción y fritura.
5. Abrir despacio y con cuidado las tapaderas de los recipientes calientes.
6. Comprobar que el termostato de la freidora antes de introducir los alimentos.
7. Cambiar el aceite en frío.
8. Usar equipos de protección adecuados (guantes) para la manipulación de utensilios calientes.

5/ Sobreesfuerzos. Se recomienda utilizar carros y transpaletas para transportar objetos pesados. La manipulación de cajas y objetos de forma manual, se realizarán transportando el menor peso posible, manteniendo la espalda recta y la carga cerca del cuerpo sin realizar giros del tronco.

6/ Sobrecarga Física y Fatiga postural. Se debe evitar posturas forzadas y alternar las tareas a realizar (preparar alimentos, cocinar, fregar...) en la medida de lo posible dentro del Servicio.

7/ Incendio y explosiones. Medidas para reducir el riesgo:

1. El encendido del fogón ha de hacerse aproximando la llama al quemador y después abrir la llave de paso de la cocina.
2. En el caso de escape de gas, no accionar interruptores eléctricos, no encender mecheros o cerillas, cerrar las llaves de paso y ventilar la zona, avisar inmediatamente al Servicio de Mantenimiento.
3. En caso de detectar un conato de incendio avisar a los compañeros y superiores sin crear alarma.
4. Y una vez activado el Plan de Emergencia del centro observar las indicaciones de los equipos de intervención, es muy importante mantener la calma.

8/ Productos químicos. Se recomienda :

1. Utilizar los equipos de protección recomendados por el fabricante para su manipulación.

2. Comprobar la información de los productos químicos que se utilizan (etiquetado y ficha de seguridad).
 3. No mezclar productos de limpieza salvo que el fabricante contemple esa posibilidad.
 4. Usar el dosificador para su aplicación sobre las superficies a limpiar.
- 9/ Utilización de máquinas en general. Normas generales de uso:
1. Previo a la limpieza de las máquinas, desconectar la fuente eléctrica.
 2. En trabajos con máquinas, comprobar que la ropa esté “bien entallada” para evitar atrapamientos.
 3. Ante cualquier fallo o avería de la maquina comunicarlo al superior para que se pueda avisar al Servicio de Mantenimiento.

5 Discusión-Conclusión

Existen innumerables riesgos para el trabajador de una cocina y la dirección tiene la responsabilidad de garantizar la seguridad del empleado, por lo que consideramos importante las reuniones periódicas abordando temas de prevención, la dotación de herramientas adecuadas de trabajo, para que estas estén en un correcto estado es fundamental y puede evitar bajas laborales que a la larga pueden resultar más costosas económicamente para el hospital. No obstante el pinche, o cualquier trabajador en la cocina, tiene que ser profesional e implicarse al máximo posible en realizar su trabajo de la manera más segura posible, haciendo uso de los equipos de protección que se le ofrecen para realizar el trabajo diario.

La identificación de los riesgos y la selección y puesta en marcha de las medidas preventivas resulta esencial para la salud laboral, el conocimiento de los riesgos laborales existentes tanto a nivel general, como en cada uno de los puestos de trabajo debido a los equipos, instalaciones y tareas que se llevan a cabo en la cocina constituye la base de la acción preventiva.

El personal de cocina no es ni debe permanecer ajeno a la organización preventiva del establecimiento. Son quienes mejor conocen la realidad del trabajo diario y las condiciones de seguridad y salud y, a menudo, son los primeros en detectar cualquier anomalía, defecto o irregularidad que pueda poner en peligro su seguridad o su salud.

6 Bibliografía

1. <https://revistamedica.com/prevencion-riesgos-cocina-hospitalaria/>
2. Plataforma Logoss

3. Orientación para la Vigilancia de la Salud y Prevención de Riesgos laborales, 2015-2020 .
4. Ley 31/1995, de 8 de noviembre, de Prevención de Riesgos Laborales.
5. Temario pinche parte específica. Editorial MAD.

Capítulo 285

EL PINCHE DE LA COCINA HOSPITALARIA Y EL SISTEMA ANÁLISIS DE PELIGROS Y PUNTOS DE CONTROL CRÍTICO (APPCC)

EMILIO CASTILLO LOZANO

MARIA LOZANO ALFARO

EMILIO CASTILLO ROSA

1 Introducción

Garantizar al paciente la inocuidad de los alimentos no es tarea fácil para los profesionales de las cocinas hospitalarias, por eso a estos trabajadores de las cocinas hospitalarias se les requieren conocimientos de todos los factores que pueden alterar la garantía de la salubridad de estos. Los alimentos son sustancias naturales que pueden asociarse, dando lugar a elaboraciones. El ser humano tiene la necesidad de un aporte de nutrientes y, al tomar estas sustancias, los está aportando a su organismo para realizar sus funciones vitales, además de reparar su cuerpo. Previamente van a pasar por una serie de procesos, en el transcurso de los cuales pueden sufrir alteraciones en mayor o menor medida.

El sistema APPCC son las siglas de Análisis de Peligros y Puntos de Control Críticos es una herramienta de autoprevisión utilizada en la industria alimentaria, para asegurar la calidad en todos los procesos y minimizar los riesgos de accidentes o enfermedades alimentarias. Es el sistema preventivo de gestión de la

inocuidad alimentaria de aplicación a toda la cadena alimentaria, desde la producción primaria a la distribución minorista.

A pesar de que el nacimiento de este sistema fue en los años 60, en 1993 la Comisión del Codex Alimentarius aprobó las Directrices para la Aplicación del Sistema de Análisis de Peligros y de Puntos De Control Crítico (APPCC) lo cual supuso el establecimiento a nivel mundial de un único referente para la gestión de la seguridad de los alimentos. En 1993, la comisión europea publicó la directiva 93/43 que establecía la obligación de la implantación de sistemas APPCC para el conjunto de las industrias alimentarias europeas. Esta legislación ha sido modificada posteriormente aunque subsiste la obligación de la aplicación de los principios del APPCC en el sector alimentario. Los principios del APPCC establecidos por la FAO y la OMS son los siguientes:

Principio 1. Realizar un análisis de peligros

Principio 2. Determinar los puntos críticos de control (PCC).

Principio 3. Establecer límites críticos

Principio 4. Establecer un sistema de vigilancia

Principio 5. Establecer medidas correctoras

Principio 6. Establecer procedimientos de verificación

Principio 7. Establecer un sistema de documentación sobre los procedimientos y registros asociados al APPC.

2 Objetivos

- Conocer la existencia del APPCC cómo asegura la producción de alimentos sanos e inocuos para la salud del usuario de la cocina hospitalaria.

3 Metodología

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

4 Resultados

La adopción de sistemas APPCC es obligatoria para las empresas del sector alimentario por lo que no sería necesario destacar las ventajas de los mismos, no obstante, la implantación de estos sistemas, respecto a los enfoques anteriores que se basaban en la inspección de los artículos y el control oficial, aporta una serie de indudables ventajas:

1. Aporta una mayor confianza que la existencia únicamente de métodos de control oficiales.
2. Tiene una base científica para el control de la seguridad alimentaria
3. El enfoque del sistema, respecto a la inspección de producto terminado, es preventivo.
4. Su aplicación es posible en todas las etapas de la cadena alimentaria y además permite una aplicación coordinada entre los distintos eslabones de esa cadena.
5. Es sistemático, verificable y auditable por terceras partes

La implantación del APPCC en la cocina hospitalaria tendrá como meta la detección de puntos peligrosos, la búsqueda y aplicación de las soluciones o técnicas que atenúen sus consecuencias. Para la implantación de un sistema APPCC se deben dar unas condiciones previas, que son denominadas prerequisites. Estos hacen referencia a los peligros generales en la mayor parte de las etapas de producción. A partir de que se den estos prerequisites, el sistema APPCC dará solución a los peligros específicos de la actividad o del producto en si. Los prerequisites mínimos de higiene son los siguientes:

1/ Control de aguas: en este requisito del APPCC se detalla el control de calidad de las aguas que se emplean no ya como ingrediente de muchos alimentos sino también como aguas de limpieza. En caso de aguas procedentes de acometida por empresa de abastecimiento, se adjuntarán facturas. En caso de autoabastecimiento, se describirá el funcionamiento de toda la instalación y los sistemas de potabilización. Se debe describir también por medio de planos el esquema de la red interna de abastecimiento y saneamiento, indicando el tipo de materiales. Aparte de indicarse unas recomendaciones básicas sobre higiene, se suele recomendar un análisis de cloro al comienzo de la actividad y un análisis completo para evaluar el cumplimiento del Real Decreto 140/2003, por el que se establecen los criterios sanitarios de las aguas de consumo.

2/ Mantenimiento de instalaciones: en esta parte del APPCC se describen los mantenimientos tanto preventivos como correctivos que deben hacerse sobre las instalaciones y equipos de los locales del establecimiento. Se debe garantizar su perfecto funcionamiento (especialmente equipos de frío, termómetros y lavava-

jillas) así como su integridad (suelos, puertas, ventanas, etc).

3/ Plan de Desinfección, Desinsectación y Desratización: las empresas que implanten un plan de autocontrol o APPCC deben contratar una empresa acreditada de control de plagas. Esta empresa, tras el tratamiento deberá proporcionar el informe de diagnóstico inicial, plano de cebos, fichas de seguridad de los productos empleados, certificado de tratamiento, autorización de la empresa y carnet de aplicadores. El propio establecimiento debe también implicarse en este plan revisando el estado de las trampas, los fallos estructurales (fuente de entrada de plagas) y avisar a la empresa de plagas en caso de aparición de nuevas plagas.

4/ Limpieza de instalaciones: este prerequisite de cualquier plan de autocontrol o APPCC, describe el procedimiento bajo el que se deben realizar las tareas de limpieza: personal asignado, formas de trabajo, productos de limpieza, metodología, etc. Es importante que a través de un registro semanal se anoten qué trabajos se han realizado sobre cada una de las superficies o equipos que requieren ser limpiados (suelos, aseo, vajilla, horno, etc). Es importante el empleo de agentes detergentes y desinfectantes, puesto que sus funciones se complementan.

5/ Plan de formación: en este apartado del APPCC, se debe describir la formación con la que cuentan los trabajadores y las intenciones de la dirección en cuanto a formar a sus trabajadores.

6/ Trazabilidad: el control de la cadena alimentaria es clave en cualquier plan de autocontrol o APPCC. El sistema de trazabilidad en establecimientos en donde el consumo de los productos es en el propio establecimiento o a particulares, se debe controlar la trazabilidad hacia atrás, comprobando que todos los proveedores, en sus albaranes hagan referencia a su razón social, CIF, número de registro sanitario, fecha de entrega, productos suministrados y cantidades. En el caso de empresas distribuidoras, la trazabilidad hacia adelante es igual de importante que la trazabilidad hacia atrás, que se controlará, generalmente por medio de los albaranes recibidos de proveedores como los emitidos a clientes.

7/ Plan de Buenas Prácticas de Higiene: se describen en este plan los procedimientos de trabajo que han de respetarse para evitar contaminaciones de los alimentos. Por ejemplo se debe hablar de las normas básicas de higiene (vestimenta, higiene personal, etc), el uso de determinados alimentos (pescados crudos, alergias), riesgos de contaminaciones cruzadas, temperaturas de refrigeración y congelación, uso cuartos fríos y abatidoras, etc. Este punto del cualquier plan de autocontrol o APPCC debe ser especialmente puesto en conocimiento de todos los trabajadores.

La identificación de los peligros (agentes biológicos, químicos o físicos que con-

taminan un alimento) es una valoración de todos los procesos de producción, distribución y uso de materias primas y otros procesos alimenticios. Cuando se intenta identificar un peligro se hace sobre un producto concreto, toda la operativa que hay en torno a él, el entorno, las instalaciones y el personal que interviene en la misma.

En la identificación de los puntos de control críticos, se identifican los puntos o etapas del proceso que han de ser controladas para eliminar o reducir los peligros determinados en el punto anterior. Para cada punto de control crítico se establecerá un límite que será el que marque la diferencia entre un producto aceptables, o con un nivel de contaminación que lo haga desechable. Cada punto de control crítico será vigilado de forma metódica y programada para comprobar que se encuentra bajo control. Se especificará quien lleva a cabo la vigilancia, como y cada cuanto. Se establecerán monitorizaciones en todos aquellos procesos que lo admitan o si no observaciones visuales, físicas o análisis químicos, para determinar los niveles microbiológicos y la presencia de toxinas.

Las medidas correctoras se pondrán en marcha cuando el sistema de vigilancia establezca que un punto el control crítico está fuera de control. Se registrarán todas las incidencias y se pondrán en marcha todas las acciones necesarias hasta comprobar, en vigilancias futuras que se han corregido los problemas. Los procedimientos de verificación los pondrán en marca el equipo de APPCC que será el que confirme que todo funciona perfectamente. Este equipo lo podrán conformar personal externo subcontratado o de la propia empresa, ambos convenientemente formados y cualificados.

5 Discusión-Conclusión

Los colectivos más propensos a complicaciones son los que tienen las defensas más comprometidas para contraer enfermedades alimentarias, provenientes de la cocina hospitalaria, como personas mayores, niños o personas con discapacidades. Así pues podemos hacernos una idea de la responsabilidad que tiene el personal de la cocina en instituciones sanitarias. La prevención exige medidas de control en todas las etapas de la cadena alimentaria, desde la producción agrícola hasta la elaboración, fabricación y preparación de alimentos.

Los sistemas nacionales y regionales de vigilancia sobre las enfermedades de transmisión alimentaria son medios importantes para determinar y seguir de cerca la situación relativa a esas enfermedades alimentarias y con ello dar respuesta con el fin de impedir su ulterior propagación.

El sistema APPCC está totalmente implantado en la cocina hospitalaria, ya que

pone en marcha un enfoque preventivo que permite identificar, evaluar y controlar los puntos clave durante la transformación, almacenamiento y distribución de los alimentos con el fin de eliminar o disminuir los accidentes o enfermedades alimentarias que puedan sufrir sus usuarios. El conocimiento por parte de los pinches de cocina hospitalaria de la existencia del APPCC se hace básico para el buen funcionamiento de la cocina sanitaria.

6 Bibliografía

1. <https://hospitecnia.com/documentacion/articulos/cocina-hospitalaria/>.
2. <https://www.aec.es/web/guest/centro-conocimiento/appcc>
3. Plataforma Logoss .
4. mbialia.es/que-es-appcc
5. Temario pinche parte específica. Editorial MAD.

Capítulo 286

ESTUDIO Y ANÁLISIS DEL ÁCIDO VALPROICO Y SUS PROPIEDADES PRINCIPALES

GEMMA REY GUEVARA

YASMINA BOUTANAACH ABDELKADER

MARTA GUEVARA SANCHEZ

LOURDES REY GUEVARA

1 Introducción

El ácido valproico (nombre comercial original: Depakine), también conocido como valproato o valproato sódico o valproato de magnesio,[1] es un fármaco antiepiléptico y estabilizador del estado de ánimo, no relacionado químicamente con otros medicamentos anticonvulsivos. Es un medicamento de amplio espectro, ya que actúa en diversos canales del sistema nervioso central. Está indicado para el tratamiento de: epilepsia, incluidas todas sus formas; trastorno bipolar, tanto para la profilaxis como para los episodios maníacos y estados mixtos; profilaxis de migrañas.

Sus propiedades anticonvulsivas se descubrieron por casualidad, cuando Pierre Eymard observó, en 1962, las propiedades anticonvulsivas de esta sustancia al emplearla como vehículo de otros compuestos que se estaban investigando: se descubrió que prevenía la aparición de convulsiones generadas en ratas de laboratorio por el uso de pentilenotetrazol.[2] Su uso fue aprobado por la FDA en

1978; en 1995, comenzó a usarse para el tratamiento de los episodios maníacos y para la profilaxis del trastorno bipolar, y en 1996 para prevenir la migraña. Además, recientemente Harris Gelbard descubrió su eficacia en el tratamiento de la demencia inducida por virus de la inmunodeficiencia humana (VIH). Se convirtió, así, en el primer fármaco capaz de actuar sobre este tipo de demencia y una esperanza para los infectados por VIH.

2 Objetivos

El objetivo de este estudio es conocer todas las propiedades que posee el ácido valproico, más allá de las que conocemos y así conseguir que el lector tenga una información más exhaustiva sobre lo que supone este tratamiento y cuál es su tratamiento completo.

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

El principal resultado que hemos obtenido en nuestro estudio tiene que ver con el tipo de ingesta. Esta se debe hacer con rapidez y al instante. Una vez que ha hecho efecto se produce una concentración plasmática máxima al cabo de 1 a 4 horas. Algunas veces puede tardar en hacer efecto si el medicamento se ingiere con alimentos sólidos o líquidos.

Casi todo el valproato (95 %) sufre metabolismo hepático; menos del 5 % se excreta sin cambios. La vida media del fármaco es de casi 15 horas, pero se reduce en los pacientes que toman otros antiepilépticos.

A continuación mostramos los resultados obtenidos sobre los tipos de ingesta: Se recuerda que, es ante todo; un medicamento que solo el tratante puede recetar, y será este quien determine la dosificación a brindar en el tratamiento. Las dosis y vías de administración que se sugieren a continuación son opcionales[cita requerida]:

Vía oral

De 10 a 15 mg/kg/día (2 o 3 tomas)

Incremento por semana: de 5 a 10 mg/kg/día hasta el control

Dosificación: de 30 a 60 mg/kg/día

Intravenosa (IV)

15 mL/kg mediante inyección lenta con un tiempo aproximado de 3 a 5 minutos.

Después de 30 minutos: Perfusión continua a 1 mg/kg/h a un máximo de 25 mg/kg/día.

Estos son los efectos secundarios que produce el medicamento:

Los efectos colaterales más frecuentes incluyen náusea, vómitos y malestar gastrointestinal, dolor abdominal y agruras, entre otros.[4] El ácido valproico puede estar asociado a una alta toxicidad al hígado,[3] lo que conlleva el siguiente cuadro: ictericia, debilidad, cansancio, hinchazón facial, pérdida de apetito y vómito. Raramente puede ocasionar hepatitis fulminante. El ácido valproico también puede causar alopecia. Una de cada cinco mujeres presenta desórdenes en los ciclos menstruales.

La Fiscalía del Tribunal de París ha abierto una investigación judicial, para intentar determinar «eventuales negligencias y posibles delitos penales» cometidos por el grupo farmacéutico Sanofi, productor del antiepiléptico Dépakine, causante de malformaciones graves o muy graves entre 425 y 450 niños nacidos en Francia entre 2006 y 2014.[5] El antiepiléptico Dépakine y sus derivados han causado entre 2150 y 4.100 casos de malformaciones congénitas graves desde su comercialización en 1967 en Francia, según un estudio de la Agencia francesa del medicamento. Casi dos millones de mujeres, que dieron a luz entre el 1 de enero de 2011 y el 31 de marzo de 2015, han participado en el estudio. Entre 2004 y 2016, en Francia, el uso de este fármaco en embarazadas causó que aproximadamente 450 bebés nacieran con malformaciones. Desde 2015, el ácido valproico sólo se puede prescribir a las mujeres embarazadas o en edad de procrear en caso de fracaso de los demás tratamientos disponibles, cuyo riesgo es bastante menor.

5 Discusión-Conclusión

El principal resultado que se obtiene de este estudio es que el ácido valproico se utiliza principalmente para tratar la epilepsia pero anteriormente hemos desglosado los tipos de ingesta que se ha de hacer sobre el medicamento, los cuales volveremos a recalcar:

Vía oral

De 10 a 15 mg/kg/día (2 o 3 tomas)

Incremento por semana: de 5 a 10 mg/kg/día hasta el control

Dosificación: de 30 a 60 mg/kg/día

Intravenosa (IV)

15 mL/kg mediante inyección lenta con un tiempo aproximado de 3 a 5 minutos.

Después de 30 minutos: Perfusión continua a 1 mg/kg/h a un máximo de 25 mg/kg/día.

Y por último, recordemos los efectos secundarios: náusea, vómitos y malestar gastrointestinal, dolor abdominal y agruras, entre otros.[4] El ácido valproico puede estar asociado a una alta toxicidad al hígado,[3] lo que conlleva el siguiente cuadro: ictericia, debilidad, cansancio, hinchazón facial, pérdida de apetito y vómito. Raramente puede ocasionar hepatitis fulminante. El ácido valproico también puede causar alopecia. Una de cada cinco mujeres presenta desórdenes en los ciclos menstruales.

6 Bibliografía

www.cima.aemps.es

Capítulo 287

EL COVID-19 Y LAS DIFERENCIAS DE GÉNERO

JAIONE HERNÁNDEZ DÍEZ

EUSEBIO JESUS NUÑEZ IBAÑEZ

ROBERTO MÉNDEZ ALVAREZ

EVA MARÍA VAREA QUINTANA

1 Introducción

Las diferencias fisiológicas que hay entre hombres y mujeres hacen que las enfermedades no nos afecten de igual manera a ambos sexos. Se sabe, por ejemplo, que la mujer es más propensa a sufrir enfermedades autoinmunes que los hombres ya que el 78% de la población que padece este tipo de enfermedades son mujeres.

Esto mismo ocurre con la respuesta inmune que tenemos frente al Covid, la cual no es la misma en mujeres que en hombres y sin embargo, tal y como se puede comprobar en los estudios llevados a cabo para la creación de las vacunas y demás fármacos contra el Covid, no han considerado este sesgo entre ambos sexos a la hora de desarrollarlos.

Ante este hecho, cada vez son más los expertos que ven la necesidad de mayor transparencia en la información con respecto a esta variable elaborando un análisis del impacto de género y además, les piden a los agentes reguladores que den un paso al frente para que se incluya esta variable en los trabajos de farmacovigilancia dadas las desventajas que puede causar no hacerlo para uno de los géneros.

Consideran que sólo de esta manera se podrán alcanzar los objetivos de equidad de género y salud.

2 Objetivos

Constatar que el Covid-19 afecta de diferente forma a la población según el género al que se pertenece por lo que se reivindica que sea una variable a tener en cuenta a la hora de investigar y elaborar fármacos, como las vacunas, para prevenir o tratar las consecuencias del virus.

3 Metodología

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

4 Resultados

A medida que se ha ido conociendo y estudiando como es la incidencia del Covid-19 en los pacientes, se ha corroborado claramente que este virus no afecta de igual forma a los hombres y mujeres.

Hay una evidencia clara en todo el mundo de que este virus es más letal en el caso de los hombres, algo que puede ser causa de las propias características del proceso infeccioso o de las diferentes respuestas inmunes que tienen los diferentes géneros ante agentes externos.

Por otro lado se observa que en las mujeres los síntomas perduran más en el tiempo o se les presentan más síntomas post – covid como son el dolor, disnea, fatiga, incidencias con el sueño, depresión e incluso problemas capilares como así lo refleja un estudio realizado con pacientes ingresados en 5 hospitales españoles y que ha sido liderado por la Universidad Rey Juan Carlos (URJC) y en él participa la Universitat de València (UV) y cuyo trabajo ha sido publicado en la revista Journal of Clinical Medicine.

Otro efecto secundario importante del que se ha informado es el de los trastornos

en los ciclos menstruales, tanto de calendario como de síntomas, en pacientes que han padecido el covid-19 o han recibido la vacuna frente al virus. Mujeres que tienen sangrados menstruales intermitentes a pesar de tener ciclos regulares o incluso de tomar fármacos como la testosterona u otro fármaco de índole hormonal, para suprimirlos como es en el caso de las personas transgénero.

Con este último ejemplo entendemos que estos trastornos afectan a distintas identidades de género y que todas deberían tenerse en cuenta en los estudios para la creación de vacunas y fármacos frente al Covid-19. Sería importante informar a la población de estos posibles efectos secundarios en la menstruación para tener el conocimiento y estar preparada para ello.

Destacamos en este punto a las personas de diversidad de género a las cuales este trastorno les puede añadir además efectos negativos en su salud mental como pueden ser la ansiedad, ataques de pánico, depresión y más síntomas de esta índole.

5 Discusión-Conclusión

Los laboratorios y farmacéuticas que han investigado y fabricado las vacunas y los tratamientos para el covid – 19, no han incluido en ese proceso la variable del sexo y menos la identidad de género.

La falta de inclusión de esta variable puede dar, como consecuencia, que dichas vacunas y fármacos para el tratamiento del virus sean menos eficientes, que un sexo tenga más predisposición a padecer efectos secundarios desfavorables, o que la enfermedad no se diagnostique adecuadamente para uno de ellos.

Por otro lado, tener en cuenta esta perspectiva hubiera repercutido en los criterios de asignación de las vacunas basándose en el riesgo de determinados efectos secundarios e incluso, se podrían haber establecido grupos de riesgo para determinado tipo de vacunas.

A su vez, debe considerarse importante el tener a los usuarios debidamente informados ya que pueden prepararse ante los posibles efectos secundarios y eso se traduce en generar confianza y así más predisposición a vacunarse.

6 Bibliografía

1. <https://gacetamedica.com/investigacion/afecta-por-igual-el-covid-19-a-hombres-y-mujeres/>
2. <https://scielo.isciii.es/pdf/gsv/v34n5/0213-9111-gs-34-05-419.pdf>
3. <https://www.observatoriosaludmujeres.es/vacunas-genero-y-covid-19-partei/>
4. <https://obsaludasturias.com/obsa/vacunas-genero-y-covid-19/>

Capítulo 288

ATENCIÓN PRIMARIA. EL PAPEL DEL CELADOR EN ATENCIÓN PRIMARIA CON COVID-19

MARINA MORALES LOZANO

1 Introducción

Cuando nos referimos a la Atención Primaria hablamos del primer nivel de asistencia sanitaria fundamental que se caracteriza por dar asistencia integral a la salud.

La Atención Primaria se encuentra al alcance de todas las personas y familias ofreciendo servicios como prevención de la enfermedad, tratamiento de la enfermedad, curación de la enfermedad o en su defecto rehabilitación si le hiciera falta para su entera recuperación, sólo cuando su diagnóstico y tratamiento lo precise y ya no sea posible tratarlos en el centro de atención primaria serán remitidos a la atención especializada que es el segundo nivel de asistencia sanitaria.

La Atención Primaria cuenta con personal sanitario como, por ejemplo, médicos y médicos residentes, enfermeros y residentes de enfermería, auxiliares de enfermería, auxiliares administrativos y cuenta con personal no sanitario como por ejemplo mantenimiento, personal de limpieza, vigilante y celadores.

El 11 de Marzo de 2020 la Organización Mundial de la Salud (OMS) declaró Pandemia Mundial la crisis sufrida por el COVID-19, debido a esto los Centros de Atención Primaria tuvieron que cambiar sus protocolos de actuación para contener la propagación de este virus, en el que el papel del celador tomo un papel

importante, ya que era la primera persona con la que se tenía contacto a la llegada al centro de Atención Primaria.

2 Objetivos

- Indicar las funciones del celador en la Atención Primaria frente al Covid-19.
- Resaltar el papel del celador en la Atención Primaria.
- Descubrir y recalcar la importancia de la Atención Primaria.

3 Metodología

La metodología empleada para desarrollar este capítulo ha sido la revisión bibliográfica, recurriendo al buscador Google. También hemos realizado búsquedas sistemáticas en libros de editoriales MAD.

Las palabras estratégicas aplicadas en el buscador de Google han sido “Celador” “Covid-19” “Atención Primaria”.

4 Resultados

La Atención Primaria tiene una serie de características comunes esenciales que ha de cumplir. La Atención Primaria debe ser Integral, debe atender al paciente en todas las necesidades que le surjan; debe de ser Integrada, las actividades de prevención de la enfermedad, promoción y curación de la enfermedad y en su defecto rehabilitación que se efectúen en el centro de Atención Primaria tiene que ser prioritarias, tiene que ser continua es decir debe de estar funcionando las 24 horas del día; debe de ser accesible tanto en el ámbito físico como en el ámbito presupuestario; debe ser docente, se debe de preparar y enseñar a nuevos profesionales; debe de ser coordinada, debe de estar en coordinado con los demás servicios como por ejemplo con la Atención Especializada y el servicio de Urgencias

Viendo todas estas características que hemos nombrado, aunque solo son unas de todas las que tiene la Atención Primaria, reafirmamos que la Atención Primaria es una parte muy relevante de todo el sistema de salud.

Debido a la pandemia sufrida por el Covid-19 la Atención Primaria el trabajo en los centros se vio intensificado, y con lo que esto conlleva, el trabajo del celador también se vio aumentado a continuación detallamos algunas de las funciones

que el celador realiza con la llegada de la pandemia del Covid-19, debe de abrir y cerrar el centro asegurándose que toda las luces del centro estén apagadas y todas las puertas cerradas bajo llave; a la llegada de un paciente preguntarle el motivo de su asistencia al centro; antes de entrar el paciente al centro debe de tomarle la temperatura, si este diera más de 37, 5° no podrá acceder al centro; si el paciente viniese sin mascarilla debe de darle una para poder darle el acceso al centro; debe entregar bajas y la documentación medica en la puerta del centro para así evitar que entren al centro; debe de pasar las urgencias con un orden adecuado; estar pendientes de que ningún paciente dentro del centro se quite la mascarilla obligatoria.

5 Discusión-Conclusión

La Atención Primaria es el primer nivel de asistencia sanitaria y desempeña un papel crucial en la prevención, promoción y posterior curación de la enfermedad.

Los celadores tienen un papel muy importante en los centros de Atención Primaria ya que una de sus muchas funciones es que el centro obtenga un buen funcionamiento y con la llegada de la pandemia mundial del COVID-19, se vieron incrementadas sus funciones siendo uno de los primeros profesionales con los que el paciente se encuentra a la llegada al centro de Atención Primaria compaginando las diferentes normas de protocolo de actuación con las distintas cuestiones de cada usuario.

6 Bibliografía

- 1.<https://conceptodefinicion.de/atencion-primaria/>.
- 2.<https://udsalamancaeir.com/2021/05/31/la-atencion-primaria-y-sus-caracteristicas/>.
- 3.<https://congresosicepa.com/celador-atencion-primaria/>.

Capítulo 289

FUNCIÓN DEL AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN ATENCIÓN PRIMARIA

BEATRIZ HERNÁNDEZ ÁLVAREZ

1 Introducción

Las funciones a desempeñar por el Auxiliar Administrativo en la Unidad de Atención Primaria aparecen en el artículo 12 del Estatuto de personal no sanitario al Servicio de las Instituciones Sanitarias de la Seguridad Social, en la sección 1º del capítulo II, de Julio de 1971.

Posteriormente, sobre las competencias de un auxiliar administrativo en Salud nos llevan a una Orden de 1984 que modifica el Estatuto del Personal no Sanitario de las Instituciones Sanitarias Públicas de la Seguridad Social de 1971. Según la mencionada Orden, los auxiliares se dedican a aquellos trabajos de “apoyo material, ejercicio y desarrollo respecto a las tareas administrativas de la Institución, así como las de secretarías de planta y servicios y las de preparación y tratamiento de los datos para la informática.”

Aunque esta Orden de 1984 fue derogada posteriormente por el Estatuto Marco del personal estatutario de los servicios de salud, una de sus disposiciones transitorias remite a la ley de 1971. Esta, a su vez, conduce a la de 1984. Por tanto, el contenido de la norma que regula las funciones de un administrativo sanitario sigue siendo el mismo.

Integran las Unidades administrativas de los Centros de Salud desarrollando funciones de atención al paciente y de apoyo administrativo al conjunto de profesionales del Equipo de Atención Primaria.

Dicho equipo lo forman el personal facultativo especialista en Medicina Familiar y Comunitaria, el facultativo especialista en Pediatría, Enfermería, Matrona, Fisioterapeuta, Odontología, Higienista, Asistente Social, Auxiliar de Enfermería y Celador.

2 Objetivos

Dar a conocer las funciones del auxiliar administrativo en atención primaria.

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 funciones del auxiliar administrativo en un Centro de Salud son:

- Atención Telefónica
- Atención Presencial
- Gestión de las Agendas de todos los profesionales del Centro de Salud
- Gestión de Citas para Especialistas
- Altas y Bajas de pacientes
- Gestión del correo electrónico del Centro
- Estadísticas de actividades por profesional
- Archivo
- Trámites de Visado de Recetas de Inspección Médica
- Trámites de Tarjeta
- Atención telefónica y presencial del Servicio de Atención Continuada SAC
- Gestión de solicitud de Transporte Sanitario

La atención telefónica es el contacto que tiene el paciente con el centro de salud sin acudir de forma presencial. A través de la llamada telefónica con quien primero tiene contacto es con el auxiliar administrativo. Ambos establecen una

conversación bien para gestionar una cita con un facultativo o profesional sanitario, algún tipo de información o documentación que necesite el paciente.

El auxiliar administrativo realiza la gestión correspondiente, bien sea a través de las agendas porque el paciente necesite una cita presencial o telefónica con su médico, u otro profesional sanitario, o cualquier otro tipo de gestión necesaria para atender la demanda del paciente.

La atención presencial es otro de los primeros contactos que tiene el paciente con el auxiliar administrativo en el centro de salud.

La gestión de las citas de todo el equipo de profesionales del Centro de Salud se realiza por vía telefónica como he mencionado antes o de forma presencial cuándo el paciente llega al mostrador en el Centro de Salud. Para ello el auxiliar administrativo le pide al paciente datos, como la Tarjeta Sanitaria, DNI, para identificar al paciente y a continuación, una vez localizado en el programa informático, busca la agenda del médico o profesional sanitario para el que solicita cita y el auxiliar administrativo le da cita.

Gestiona las citas que los facultativos solicitan desde consulta a los especialistas, dándosela al paciente cuándo baja de consulta a administración a solicitarla.

Da de Alta a un paciente o núcleo familiar, bien sea porque han cambiado de domicilio y vienen a solicitar médico en el Centro de Salud, o porque vienen a informarse de que tienen que hacer para solicitar médico en otro Centro de Salud. El auxiliar administrativo pide al paciente o pacientes las tarjetas sanitarias y DNI, comprueba que les toca por domicilio el Centro de Salud, los da de alta en la base de datos y les da a elegir un profesional que está de libre disposición.

También da de Baja a los pacientes que se van del centro o los que son éxitus. Periódicamente saca listados de los pacientes que se dieron de baja por distintos motivos, los da de baja y los pasa sus historias al Archivo Pasivo.

A lo largo de la jornada gestiona el correo electrónico de la Administración del Centro de Salud. A través del correo soluciona gestiones, como por ejemplo, enviar partes de baja de pacientes que no pueden venir por el Centro de Salud a recogerla. Una vez tramitado el parte de baja por su médico, comprueba que esté hecho y la dirección de correo del paciente y se lo envía. También gestiona toda la información que le llega de otros servicios, como pueden ser, estadísticas, o información que afecte a las funciones de la Administración en la que trabaja.

Realiza las estadísticas por profesional, ausencias, demoras de las consultas presenciales y telefónicas, las registra en una base de datos y las envía al servicio correspondiente.

Organiza el Archivo del Centro de Salud, las historias de los pacientes que están en formato papel en sus carpetas. Cada paciente tiene su número de historia que se guarda en una carpeta. Hoy en día la mayoría de las historias clínicas están digitalizadas, pero aún se mantienen en papel. Por ello hay que tener muy bien organizado tanto el activo como el pasivo del Archivo, por si en algún momento el paciente nos solicita su Historia en papel, o algún facultativo la necesita.

Desde la Administración del Centro de Salud también se tramita los visados de medicamentos a Inspección Médica. El médico hace la receta y el informe médico que el auxiliar administrativo tiene que gestionar enviándolo por Fax a Inspección Médica, la unidad administrativa que se encarga de autorizar ese medicamento y al cabo de dos o tres días, el paciente vuelve con la receta al Centro de Salud, el auxiliar administrativo comprueba que esta ya autorizada, la sella y se la entrega de nuevo al paciente para que pueda ir ya a la farmacia.

Si el paciente desea su receta electrónica, también se le imprime. Se comprueba que esté actualizada, es decir, renovada por el médico, antes de dársela.

En los Centros de Salud suele haber un despacho dónde se tramita todo lo relacionado con Tarjeta Sanitaria. En ese puesto, el auxiliar administrativo realiza diversas funciones relacionadas con toda la población con residencia habitual o temporal en la comunidad en la que trabaja, que necesiten solicitar asistencia sanitaria. Gestiones de asistencia sanitaria en situaciones especiales, aseguramientos privados, Tarjeta Europea, convenios especiales, pacientes que están desplazados temporalmente, etc.

Todas las funciones mencionadas anteriormente el personal administrativo las realiza en jornada de mañanas, pero hay Centros de Salud que tienen atención continuada las 24 horas porque tienen servicio de Urgencias. Es lo que se denomina el SAC, Servicio de Atención Continuada en Atención Primaria. Este servicio al paciente comienza cuándo termina la jornada de la mañana a las tres de la tarde.

Es un servicio atendido por un equipo de médicos y enfermeras de guardia que atienden las urgencias que llegan al Centro de Salud, las que llegan a través del Servicio de Emergencias a través del teléfono y las que solicitan los pacientes por teléfono. Este equipo está formado también por personal administrativo que atiende las llamadas y a los pacientes que llegan al Centro de Salud.

Las funciones del auxiliar administrativo en este servicio son principalmente las urgencias que surgen por teléfono, bien sea porque llama el servicio de emergencias o el propio paciente, o los que llegan de forma presencial de forma urgente

al Centro de Salud. También realiza cualquier tipo de gestión que le solicite un paciente que pasa por el centro y que el auxiliar administrativo le pueda solucionar.

El SAC tiene su propia agenda en la que el auxiliar administrativo registra al paciente cuando llega, anota en observaciones el motivo de la urgencia médica, y le dice que espere en la sala de espera que en breve le llamará el médico.

Si el paciente lo solicita por teléfono se registra igualmente y el médico es el que le llama por teléfono. Igualmente con las llamadas del Servicio de Emergencias, se registran, se toma nota de todo en observaciones y se avisa al médico.

Al final de la jornada el auxiliar administrativo tiene que realizar la estadística de los pacientes atendidos en Urgencias y enviarla al Servicio de Estadística.

Los pacientes a veces necesitan transporte que les lleve a una cita con un especialista en el Hospital, bien sea porque tiene poca movilidad, está en silla de ruedas, etc. Para ello solicita Transporte Sanitario en el Centro de Salud. El auxiliar administrativo le pide datos y lo registra para solicitar dicho transporte para el día, hora y lugar en el que tiene la consulta el paciente, y así pueda pasar a recogerlo.

Para terminar, quedaría además mencionar alguna función más como elaborar pedidos de material de oficina, entregar documentación que los médicos nos dejan en Administración a los pacientes, entre otras.

5 Discusión-Conclusión

Las tareas a desempeñar de un auxiliar administrativo aparecen en el Capítulo II, Sección 1º, artículo 12 del Estatuto de Personal no Sanitario al Servicio de las Instituciones Sanitarias de la Seguridad Social, Orden 5 de julio de 1971.

En dicho artículo dice que las tareas de un auxiliar administrativo son las de apoyo material, ejercicios y desarrollo respecto a las tareas administrativas asistenciales propias de la Institución.

Los auxiliares administrativos forman parte de la Unidad Administrativa de un Centro de Salud. Dicha unidad está compuesta por personal facultativo especialista en Medicina Familiar y Comunitaria, facultativo especialista en Pediatría, Fisioterapeuta, Matrona, Higienista Dental, Odontólogo, Trabajador Social, Enfermería, en algunos centros Psicólogo que forman parte del servicio de Salud Mental, Técnico Auxiliar de enfermería y Celador. Los auxiliares administrativos son los primeros profesionales con los que el paciente tiene contacto, por lo que forman parte del pilar fundamental para el buen funcionamiento del equipo de Atención Primaria.

6 Bibliografía

1. BOE.es Orden 5 de Julio de 1971 del Estatuto de Personal no sanitario al servicio de las instituciones de la Seguridad Social.
2. www.astursalud.es/astursalud.

Capítulo 290

EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN EL SERVICIO DE RADIODIAGNOSTICO DEL HOSPITAL

BEATRIZ HERNÁNDEZ ÁLVAREZ

1 Introducción

INTRODUCCIÓN:

El personal administrativo del servicio de Radiodiagnóstico realiza tareas burocráticas y administrativas, así como atención al paciente tanto presencial como telefónica. Se encarga de la recepción de la entrada de solicitudes de pruebas radiológicas que solicitan desde Atención Primaria y Atención Especializada. Gestiona citas de forma presencial y telefónica informando de las pautas a seguir por el paciente, antes de realizar la prueba.

Cumplen por lo tanto no solo una labor administrativa, sino también informativa. El trabajo del auxiliar administrativo en el servicio de Radiodiagnóstico es muy variado: Se revisan peticiones de pruebas de pacientes, se llama al paciente para indicarle fecha, hora y lugar de la prueba, así como de darle toda la información necesaria previa a esa prueba, y que el paciente tiene que tener en cuenta. Se le atiende desde la llegada a recepción, indicándole dónde tiene la prueba y dónde deber esperar. Elabora justificantes de asistencia a la prueba tanto para el paciente, como para el acompañante si este lo necesitase.

Se le informa de otro tipo de gestiones, como por ejemplo si quiere hacer una reclamación, dónde tiene que presentarla. Se le orienta de listas de espera a pruebas. En resumen, todo tipo de información y gestiones relacionadas con el servicio de Radiodiagnóstico.

2 Objetivos

Describir las principales funciones del auxiliar administrativo en el servicio de radiodiagnóstico del centro hospitalario

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

RESULTADOS:

Las funciones del auxiliar administrativo en el Servicio de Radiodiagnóstico son varias:

- Dar citas para radiografías, ecografías, resonancias, escáner, punciones y las instrucciones que tiene que seguir el paciente antes de realizar la prueba:

1. Radiologías simples: no requieren preparación previa por parte del paciente.
2. Ecografías abdominales: se informa al paciente que tiene que estar 6 horas en ayunas antes de la prueba.
3. Ecografías Urinarias: se informa al paciente que tiene que estar 4 horas en ayunas antes de la prueba y que dentro de esas 4 horas en la última hora tiene que tomar 3 vasos de agua y no orinar.
4. Mamografías y ecografías de mana no requieren preparación previa.
5. Tac/Escaner: la norma general son 4 horas en ayunas. Si es un escáner con tomas se le informa al paciente que debe llegar a la prueba 2 horas antes de la cita para tomar gastrografín (370 mg de Yodo). Si es de Colon, además deberá hacer una dieta específica días antes de la prueba.
6. Punciones: se informa al paciente que tiene que estar 4 horas en ayunas antes de la prueba.

El auxiliar administrativo da toda esta información al paciente en el momento que le cita para la prueba, informándole de forma clara del día, hora y lugar además

de las instrucciones previas.

- Atención presencial y telefónica de los pacientes ofreciéndole la información que necesita. A la llegada del paciente al mostrador de atención al público se identifica al paciente para saber si viene con cita previa o no. Si viene con cita previa se le indica la sala y la pantalla a la que tiene que estar atento para su turno o se le indica el número de cabina que corresponde a su prueba.
- Da cita en el momento en el mostrador de atención al público a los pacientes que vienen en ese momento de consultas en el Hospital y que los facultativos les envían al Servicio de Radiodiagnóstico para hacer radiografías simples. Con el volante de Petición del médico se le da cita y se le indica el lugar dónde tiene que esperar su turno.
- Da de baja citas de pacientes que no acuden a las pruebas, indicando el motivo en observaciones.
- Da información orientativa al paciente sobre la lista de espera para su prueba cuando éste nos lo solicita.
- Realiza justificantes de asistencia a pruebas del paciente o del acompañante si también nos lo solicita.
- Imprime listados de pacientes y pegatinas con identificación del paciente que solicitan los técnicos o los facultativos.
- A primera hora de la mañana imprime volantes de petición de radiografías de pacientes ingresados en el Hospital, para citarlos y así puedan los celadores bajarlos a hacer las pruebas a la hora que los hemos citado.

5 Discusión-Conclusión

DISCUSIÓN-CONCLUSIÓN:

El auxiliar administrativo forma parte del equipo del Servicio de Radiodiagnóstico, siendo una pieza fundamental para el buen funcionamiento de dicho Servicio. Una de sus principales e importantes funciones la eficaz atención al paciente a la hora de gestionar una cita y de darle la correcta información de las pautas a seguir previas a la prueba.

Las funciones diarias de un auxiliar administrativo consisten en imprimir y gestionar todas las peticiones realizadas por los especialistas, así como por los médi-

cos de atención primaria y clasificarlas por prioridad, bien sea normal o preferente, para poder llamar a los pacientes y poder darles las citas e instrucciones previas, según fecha de indicación médica, lista de espera, bien sean preferentes o por vía normal.

6 Bibliografía

BIBLIOGRAFÍA:

1. Ley 55/2003, de 16 de diciembre, del Estatuto Marco del personal estatutario de los Servicios de Salud. Ley 7/2007, de 12 de abril, del Estatuto Básico del Empleado Público.
2. Protocolo a seguir en las funciones del auxiliar administrativo del Servicio de Radiología del Hospital de Cabueñes de Gijón.

Capítulo 291

EMPATÍA ELEMENTO CLAVE DEL AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN LA ATENCIÓN AL USUARIO EN SANIDAD

BEATRIZ HERNÁNDEZ ÁLVAREZ

1 Introducción

La empatía es la actitud que tiene una persona para reconocer las emociones en los demás, es decir, es la capacidad de comprender los sentimientos de los otros y poder leer sus mensajes no verbales (Goleman, 1995).

La empatía es la capacidad de ponerte en el lugar del paciente o usuario de sanidad y comprender su problema o frustración. Una vez que entendemos la frustración del paciente, su problema, podemos iniciar el proceso de comunicación y comprensión para ayudarlo.

La empatía es uno de los componentes más importantes en las profesiones relacionadas con la salud y en la atención al paciente por parte del personal administrativo a la hora de comunicarse con el paciente en los puestos de trabajo de atención al público.

Como trabajador de un servicio de atención al paciente, eres empático cuando escuchas y sientes el significado oculto de lo que el paciente intenta explicar, al reconocer las emociones, y cuando le ofreces asistencia.

A veces una persona nos habla de su mundo interior sin usar las palabras, con el tono de voz, expresión de la mirada, en definitiva con los componentes de la comunicación o expresión no verbal. La capacidad empática del personal administrativo es la habilidad más importante en el trabajo de atención al usuario en Sanidad.

2 Objetivos

Mostrar la importancia de la Empatía como uno de los componentes básicos de los profesionales administrativos en el ámbito sanitario, ya que es la capacidad de entender las emociones de las personas, en este caso de los pacientes y usuarios, así como de sus familiares.

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

Mecanismos para desarrollar la empatía:

- Mantener una expresión corporal que transmita una actitud de apertura en la conversación.
- Mostrar cercanía y ausencia de prejuicios.
- Desarrollar la escucha activa.
- Utilizar frases en la conversación como: “Entiendo perfectamente su situación”, “También yo me sentiría mal en su situación”.

Dar la mejor atención posible a los pacientes, usuarios, familiares por parte del personal administrativo, es uno de los objetivos más importantes y la clave para resolver cualquier problema que nos planteen.

La comunicación entre el personal administrativo y el paciente tiene que estar basada en la empatía y la asertividad. La asertividad para encontrar la forma más adecuada de comunicar las cosas y resolver dudas. La empatía para entender cómo se siente y piensa.

El auxiliar administrativo que trabaja en atención al paciente o al usuario tienen que ser capaz de:

- Saber escuchar de forma activa.
- No juzgar al paciente o usuario.
- Prestar atención al lenguaje no verbal, expresión de la mirada, tono de voz.

- Usar un lenguaje sencillo para que el paciente entienda lo que le está explicando.
- Mostrar calma antes situaciones adversas.
- Estar atento a la comunicación verbal y no verbal.
- Entender que cada persona es diferente y buscar la forma de expresión más adecuada para ayudar al paciente.
- Hablar con tacto. Intentar ser cuidadoso al expresarse.
- Ser respetuoso y tolerante con la decisión del otro.
- No ser extremista.

Los profesionales administrativos deben aprender a escuchar con empatía y esforzarse por entender al paciente en todo momento, escuchando con calma, eligiendo el momento oportuno para darle la información o solución que necesita. Una buena comunicación es fundamental para resolver situaciones complicadas con éxito.

Las herramientas de comunicación asertiva, el recibir apoyo en la escucha activa se han convertido en la clave fundamental a la hora de generar estados de ánimo y emocionales positivos.

Los beneficios de la empatía son muchos y buenos. Ser empático ayuda a sentirnos mejor con nosotros mismos, ayuda a resolver problemas, a tener respeto hacia los demás, a conectar con otras personas, nos hace respetables y no juzgar a otros, fomenta el desarrollo emocional y contribuye a la inteligencia emocional.

5 Discusión-Conclusión

La empatía es la capacidad de ponerse en el lugar del otro, de entenderlo, de tratar de comprender como se siente, pero no desde nuestra perspectiva, sino intentando pensar cómo piensa el otro, libre de prejuicios.

Es una capacidad y clave fundamental en el personal administrativo de cara a la calidad en la atención al paciente y poder manejar situaciones complejas y amortiguar una comunicación tensa entre ambas partes.

Queda claro que trabajar con empatía y humanidad es un elemento muy importante en la atención al usuario en el ambiente sanitario, ya que es muy raro encontrar un paciente que acuda a un servicio médico o de atención al paciente lleno de entusiasmo, es por ello que tratar con tacto al paciente e intentar comprender la situación o problema por el que está pasando, no requiere de mucho estudio sino de voluntad y actitud.

6 Bibliografía

1. Inteligencia Emocional. Editorial Kairós. Daniel Goleman.
2. mundoprimaria.com
3. www.psicoglobal.com/blog/empatia-desarrollo

Capítulo 292

ESTUDIO SOBRE LA INYECCIÓN INTRACITOPLASMÁTICA

GEMMA REY GUEVARA

LOURDES REY GUEVARA

YASMINA BOUTANAACH ABDELKADER

MARTA GUEVARA SANCHEZ

1 Introducción

La inyección intracitoplasmática de espermatozoides o ICSI (del inglés intracytoplasmic sperm injection) es una técnica de reproducción asistida que consiste en la fecundación de los ovocitos por inyección de un espermatozoide en su citoplasma mediante una micropipeta. Su finalidad, al igual que ocurre en la FIV convencional, es obtener embriones que puedan transferirse al útero materno. Con esta técnica se prescinde de la reacción acrosómica (unión del espermatozoide con la zona pelúcida, penetración de la zona, unión y fusión del espermatozoide con el oolema).

El primer embarazo humano mediante la técnica de ICSI se produjo en el año 1992, realizado por Gienpiero Palermo y colaboradores. La técnica inicial era muy distinta a lo que actualmente conocemos como ICSI, pues Palermo pretendía dejar el espermatozoide en la zona pelúcida del ovocito pero por error lo introdujo completamente en el citoplasma. De tal modo que, convencido de que este no era el objetivo que él perseguía, dejó esta preparación en el incubador para tirarla al día

siguiente y cuando se dispuso a hacerlo observó, para su asombro, que el ovocito había sido fecundado.

El ICSI se usa principalmente en aquellos casos en los que hay un factor masculino de esterilidad, ya sea por una baja concentración de espermatozoides en el esperma (azoospermia, oligozoospermia,...), por problemas de movilidad en los espermatozoides, porque el varón se ha sometido a una vasectomía, porque presenta una enfermedad infecciosa (VIH, hepatitis,...) o infertilidad de causa inmunitaria, o porque resulta imposible conseguir una eyaculación en condiciones normales.

2 Objetivos

El principal objetivo que tiene este artículo y para el lector que consulte el libro una vez finalizado y expuesto, es que se conozca principalmente la finalidad que tiene este tipo de tratamientos de cara al ámbito de fecundación y que conozca las principales ventajas e inconvenientes de someterse a dicho tratamiento.

3 Metodología

Para llevar a cabo la elaboración de este artículo hemos tratado de encontrar sitios web y publicaciones relacionadas con la fecundación para poder obtener datos precisos y necesarios para poder divulgar mejor los contenidos y que los lectores puedan entender mejor las ventajas e inconvenientes de estos tratamientos. De todas las fuentes consultadas hemos tratado de obtener datos lo más orientativos posibles para poder indicar mejor todo lo de estos tratamientos

4 Resultados

El principal resultado que hemos obtenido de esta investigación es que Aunque la técnica de microinyección utilizada en ROSI es parecida a la utilizada para la inyección intracitoplasmática de espermatozoides (ICSI), existen también importantes diferencias entre ambas técnicas.[2] En el primer lugar, a la diferencia de los espermatozoides, las espermátidas redondas no poseen características morfológicas típicas y carecen de movilidad propia. Consecuentemente la distinción entre las espermátidas redondas y otros tipos de células redondas, tales los glóbulos blancos (leucocitos), así que la distinción entre espermátidas vivas y muertas, no son tareas fáciles. El procedimiento de la microinyección es también diferente

en la técnica ROSI, en comparación con la ICSI, porque se necesitan estímulos particulares para asegurar que los óvulos inyectados reaccionan adecuadamente a la presencia de las espermátidas iniciando la activación del ciclo celular y el proceso de embriogénesis. Si un óvulo inyectado con una espermátida redonda completa exitosamente el proceso de la fecundación, se convierte en un embrión que sigue su desarrollo del mismo modo como en caso de la fecundación con los espermatozoides y puede ser posteriormente transferido en el útero de la paciente para engendrar un embarazo.

Asimismo hemos podido ver en qué consiste la estimulación controlada del ovario. Y hemos visto lo siguiente:

Durante el ciclo menstrual inician su desarrollo muchos folículos dentro de cada ovario, pero cuando uno de ellos alcanza un tamaño un poco mayor se produce una inhibición del crecimiento de los demás. El proceso completo de estimulación ovárica dura entre 12 y 14 días, durante estos días la paciente deberá recibir una inyección diaria, que puede ser subcutánea o intramuscular, de gonadotropinas y análogos de GnRH o antagonistas de GnRH. De esta manera se promueve el desarrollo hasta la madurez completa de varios folículos en el mismo ciclo menstrual provocando una ovulación múltiple. El crecimiento de los folículos en el ovario podrá monitorizarse mediante ecografías transvaginales periódicas y niveles sanguíneos de estradiol. Cuando los óvulos hayan alcanzado el tamaño deseado será recogidos en una punción ovárica.

5 Discusión-Conclusión

Las principales conclusiones obtenidas en este estudio son:

Partes fundamentales del tratamiento:

Estimulación controlada del ovario

Durante el ciclo menstrual inician su desarrollo muchos folículos dentro de cada ovario, pero cuando uno de ellos alcanza un tamaño un poco mayor se produce una inhibición del crecimiento de los demás. El proceso completo de estimulación ovárica dura entre 12 y 14 días, durante estos días la paciente deberá recibir una inyección diaria, que puede ser subcutánea o intramuscular, de gonadotropinas y análogos de GnRH o antagonistas de GnRH.

Punción ovárica

Consiste en la extracción de ovocitos por aspiración transvaginal guiada por ecografía abdominal. Se utiliza para ello una cánula, que posee una aguja de unos 35 mm acoplada a la sonda del ecógrafo, lo que permite obtener una imagen del ovario. El estroque se introduce en la vagina, atraviesa la pared del fondo vaginal

en dirección al ovario y se pincha para aspirar los ovocitos gracias a un sistema de aspiración de vacío. Un tubo flexible, conectado también al sistema anterior, permite la recuperación del fluido folicular dirigiéndolo a un vial con medio HEPES. Recogida del semen y capacitación Editar

Tras la recogida de la muestra de semen, para el caso de muestras estándar, se realiza una capacitación del mismo con la realización de una dilución final de un millón de espermatozoides por mililitro con una movilidad progresiva superior al 33%.

Para el caso de muestras patológicas se realizará una capacitación por minigradientes o lavado simple.

6 Bibliografía

www.ivi.es

Capítulo 293

PERSONAL NO SANITARIO: LEVANTAMIENTOS DE CARGAS

ROSA ABEL PARAJÓN CANGA

ANA MARÍA MÉNDEZ QUINTANA

MARIA MERCEDES FRAGA BARROSO

1 Introducción

La incorrecta manipulación de cargas frecuentemente puede producir fatiga física o lesiones como contusiones, cortes, fracturas, heridas o lesiones músculo-esqueléticas en las zonas más sensibles del cuerpo como los hombros, brazos, manos y sobre todo en la espalda. Por este motivo, tanto el personal sanitario como no sanitario debe conocer la forma correcta de levantamiento de cargas para no realizar un sobreesfuerzo teniendo en cuenta que este va directamente a nuestras lumbares llegando a provocar lesiones musculo-esqueléticas. Estas lesiones no suelen ser mortales, pero sí se originan grandes costes humanos y económicos a la empresa ya que la curación puede ser larga y difícil o quizás puede llegar a provocar una incapacidad. Por este motivo es importante que a la hora de la manipulación de una carga manual tengamos una pautas, que el levantamiento, la colocación, el empuje, el desplazamiento o la tracción sean las características o condiciones ergonómicas correctas para que evitar riesgos que puedan hacer sufrir a nuestro dorso lumbar. Uno de los aspectos más importantes en el levantamiento de cargas es planificar el levantamiento; si es demasiado peso habría que pensar en utilizar las ayudas mecánicas. Si podemos levantarlo porque

su peso no es elevado, es importante la colocación de los pies, la postura de levantamiento, un agarre firme y un levantamiento suave. Además evitaremos los giros innecesarios, la carga siempre deberá ir pegada al cuerpo y depositaremos la carga con buena postura y lentamente.

2 Objetivos

Describir la manera de identificar y corregir la correcta colocación postural a la hora de trabajar con cargas, intentando minimizar en la medida de lo posible los riesgos a nuestra salud.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo, se ha llevado a cabo una investigación y se ha realizado una búsqueda de diferentes sitios Web y también se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline y Scielo; siempre contrastando dicha información.

4 Resultados

En muchos de los trabajos, unos de los factores principales para que un trabajador pida la baja es el incorrecto manejo de peso, lo que arrastra muchos problemas en la salud del trabajador. El personal no sanitario, a lo largo de su jornada laboral, puede realizar un trabajo de manipulación de cargas que muchas veces suele ser manual: puede movilizar enfermos con posturas forzadas, realiza movimientos repetitivos, puede realizar sobreesfuerzos por coger cargas demasiado pesadas, etc. De esta forma, nuestros huesos, músculos y articulaciones sufren al ser sometidos a un sobreesfuerzo, ocasionando trastornos musculoesqueléticos y siendo la principal causa de baja.

Siempre debemos tener en cuenta una serie de pasos antes de ponernos a manejar un peso; principalmente evaluar el trabajo que vamos a realizar comprobando el peso de una carga. Llamamos carga a cualquier objeto, persona o animal susceptible a ser movido. A partir de 3 kg ya es considerado una carga, aunque el mayor peso recomendado es de 25 kg, excepto mujeres, mayores o jóvenes, en los cuales es de 15 kg. En cualquier caso, un trabajador entrenado puede manejar cargas de hasta 40 kg.

Es importante saber que siempre que movamos una carga debemos intentar mantener una posición perfecta. Un ejemplo de esta posición se basa en tener la carga pegada al cuerpo y a una altura comprendida entre los codos y nudillos. Siempre que la carga es superada en peso deberíamos pedir ayuda para poder manejarla más fácilmente o usar ayudas mecánicas, reducir en cargas más pequeñas para facilitar su transporte. El agarre de una carga es uno de los factores más importantes a seguir, pero también lo es que el recorrido esté libre de obstáculos si llevamos una gran carga. Si tenemos que ir sorteando los obstáculos, siempre es más fácil sufrir un accidente y hacernos daño.

El personal no sanitario debería conocer las normas generales sobre el manejo de la carga y así poder evitar daños cuando levantamos el peso incorrectamente. Se enumeran a continuación:

- Es preciso aproximarse lo mas posible a la carga; si tenemos que levantar a un enfermo acercarlo todo lo que se pueda siempre manteniendo un mínimo de distancia.
- Apoyar los pies firmemente en el suelo separándolos a una distancia igual a la de nuestros hombros y con unos zapatos antideslizantes.
- Agacharse doblando las rodillas para coger la carga, nunca con las rodillas rígidas.
- Sujetar la carga siempre que nos sintamos seguros siendo importante que esté equilibrada, ya que si no se podría caer.
- Hay que recordar que, tanto a la bajada como a la subida de una carga, la espalda tiene que estar recta, así no la dañamos.
- Subir o bajar suavemente y nunca dar tirones; no realizar giros de cintura mientras estemos con una carga. Si en algún momento la carga es muy pesada, pedir ayuda.
- Recordar que es más fácil empujar o deslizar una carga que tirar de ella.
- Nunca elevar la carga por encima de los hombros.
- Debemos trabajar a una altura adecuada. Si esta es demasiada alta, se puede producir hipertensión lumbar y si es demasiado baja, la espalda se arquearía.

5 Discusión-Conclusión

En conclusión, todas las pautas anteriores explicadas las debemos tener en cuenta tanto el personal sanitario como el no sanitario porque durante la jornada laboral puede ser necesario realizar un levantamiento de cargas. Muchas veces, por no

hacer correctamente estos levantamientos, influye en dolor de espalda y es importante prevenirlos ya que ahora mismo es uno de los factores de que carece la gran mayoría del personal. Por tanto, es importante formar a los profesionales del cuidado de su propia espalda en los principios anatomofisiológicos, biomecánicos y ergonómicos. De esta forma, es importante mantener una postura erguida, una buena estabilidad de los pies buscando un buen equilibrio, aproximación de la carga al cuerpo levantando y posándolo lentamente.

6 Bibliografía

- Instituto Nacional de Seguridad y Salud en el Trabajo: INSST. [MANIPULACIÓN MANUAL DE CARGAS GUÍA TÉCNICA DEL INSST]. [Consultado 08 abril 2022]. Disponible en: <https://www.insst.es/>
- Biblioteca Nacional de Medicina de los EEUU: MEDLINE. [ERGONOMÍA]. [Consultado 08 abril 2022]. Disponible en: <https://medlineplus.gov>
- Instituto Nacional de Seguridad y Salud en el Trabajo: INSST. [RIESGOS RELATIVOS A LA MANIPULACIÓN MANUAL DE CARGAS]. [Consultado 08 abril 2022]. Disponible en: <https://www.insst.es/>
- Instituto Nacional de Seguridad y Salud en el Trabajo: INSST. [LEVANTAMIENTO Y TRANSPORTE DE CARGAS]. [Consultado 08 abril 2022]. Disponible en: <https://www.insst.es/>

Capítulo 294

ESTUDIO SOBRE LA CIRROSIS

MARTA GUEVARA SANCHEZ

LOURDES REY GUEVARA

YASMINA BOUTANAACH ABDELKADER

GEMMA REY GUEVARA

1 Introducción

La cirrosis (del griego: κίρρος, (kirros, "amarillo anaranjado") y -ωσις (-ōsis, "patología"), es una histopatología en la que las células del parénquima de un órgano interno cualquiera son sustituidas, al morir, por un tejido anormal de tipo cicatricial formado a partir del tejido estromal del propio órgano.

El término 'cirrosis' fue acuñado por René Laënnec en 1805 al estudiar la cirrosis hepática y observar la presencia de gránulos amarillentos en el tejido hepático, debido esto a la presencia de pigmentos biliares. En general, el término 'cirrosis' queda reservado para la enfermedad hepática, denominándose la enfermedad pancreática como pancreatitis crónica, sin alguna relación fisiopatogénica con la hepática, salvo el posible origen etílico coincidente de la primera con algunos casos de la última. Tienen distintos aspectos morfológicos e histopatológicos, con ciertas analogías.

Las causas más comunes e importantes son:

Etilismo crónico.

Hepatitis crónicas víricas.

Según la OMS, en total mueren anualmente aproximadamente unas 27 000 personas a causa de cirrosis hepática en los países desarrollados.[3]

En España, afecta a 4 de cada 10 000 personas, de estas la gran mayoría son causados por el consumo excesivo de alcohol.

La anormalidad principal de la cirrosis hepática es la presencia de fibrosis, que consiste en el depósito de fibras de colágeno en el hígado, pero para que se pueda hacer el diagnóstico anatomopatológico de cirrosis, este acúmulo de fibras ha de delimitar nódulos, es decir, ha de aislar áreas de tejido hepático.

2 Objetivos

El principal objetivo de este artículo y de que venga reflejado en el presente libro es ver la epidemiología exacta que tiene la cirrosis y como no hay que considerar el consumo de alcohol como algo superfluo puesto que es la principal causa de la cirrosis.

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

El principal resultado obtenido en la investigación es que la anormalidad principal de la cirrosis hepática es la presencia de fibrosis, que consiste en el depósito de fibras de colágeno en el hígado, pero para que se pueda hacer el diagnóstico anatomopatológico de cirrosis, este acúmulo de fibras ha de delimitar nódulos, es decir, ha de aislar áreas de tejido hepático, alterando la arquitectura del órgano y dificultando la relación entre los hepatocitos y los finos vasos sanguíneos a través de los cuales ejercen su función de síntesis y depuración y a través de los cuales se nutren.

También podemos observar que de modo esquemático, la fibrosis forma algo parecido a una red tridimensional dentro del hígado, en la que las cuerdas de la red serían la fibrosis y las áreas que quedan entre las mismas los nódulos de células que regeneran dentro del mismo. Esta alteración se denomina nódulo de regeneración y es la característica que permite establecer el diagnóstico de cirrosis.

Existen otras alteraciones hepáticas que se acompañan de fibrosis, que no se consideran cirrosis al no cumplir la condición de formar nódulos de regeneración. Hemos podido constatar a su vez que, de forma similar a lo que acontece en otros tejidos, la inflamación hepática es el proceso básico por el que el hígado responde al daño, cualquiera que sea este. Mediante este proceso, el tejido hepático es capaz de reconocer el daño y si es posible repararlo. Si la reparación no es posible, entonces destruirá el tejido dañado. En condiciones normales, este tipo de respuesta restaura la estructura y la función originales y mantiene la homeostasis tisular, pero a veces la lesión es demasiado intensa o persistente, y el propio proceso inflamatorio compromete la integridad estructural a través de procesos como la fibrosis, con posterior esclerosis, ya que se reemplazan las estructuras dañadas por tejido anormal.

5 Discusión-Conclusión

De esta forma, concluimos en este estudio que:

Según la OMS, en total mueren anualmente aproximadamente unas 27 000 personas a causa de cirrosis hepática en los países desarrollados.

En España, afecta a 4 de cada 10 000 personas, de estas la gran mayoría son causados por el consumo excesivo de alcohol.

Las principales causas de cirrosis en los países desarrollados son:

El consumo excesivo de alcohol (cirrosis hepática de Laennec, cirrosis alcohólica, etílica o enólica).

La hepatitis crónica por virus C (cirrosis por virus C).

Otros virus, como el de la hepatitis crónica por virus de la hepatitis B y o infección crónica mixta por virus de la hepatitis B y virus de la hepatitis D.

Cirrosis biliar primaria de origen inmunológico.

Cirrosis hepática criptogénica: de origen desconocido.

Enfermedades colestásicas crónicas (que afectan a la producción o a la salida de la bilis del hígado), tales como la cirrosis biliar primaria o la colangitis esclerosante primaria.

Enfermedades metabólicas congénitas del hígado como la hemocromatosis primaria (sobrecarga hepática de hierro —bastante frecuente—), la enfermedad de Wilson (sobrecarga hepática de cobre —muy rara—) y la deficiencia de alfa-1 antitripsina (también bastante rara); o enfermedades metabólicas adquiridas como la esteatohepatitis no alcohólica asociada a la diabetes o la dislipidemia.

Otras: hepatitis autoinmune. Toxicidad hepática por fármacos u otros químicos hepatotóxicos. Existen otras causas mucho más raras y algunas específicas de la infancia que producen cirrosis precoz en niños o adolescentes.

6 Bibliografía

www.mayoclinic.org

Capítulo 295

TERAPIA OCUPACIONAL EN LA REHABILITACIÓN DEL ICTUS CON TERAPIA DE ESPEJO

ANA ISABEL BARCO CASASOLA

MARIA ELENA LETAMENDÍA PASCUAL

NURIA CORROCHANO TEJADO

GLORIA GUIRAO BELASTEGUI

MIRIAM LÓPEZ SÁNCHEZ

1 Introducción

Fue Ramachandan quién, en 1992, emprendió la implementación de la Terapia de Espejo (TE) o también distinguida como Mirror Therapy, en inglés. Este neurólogo de la India pretendía reducir el dolor que soportaban las personas con amputaciones a consecuencia del " miembro fantasma".

El producto para emplear constaba de una caja, que sujetaba dos espejos instalados en el plano sagital del paciente, uno frente a otro. El procedimiento consistía en colocar el muñón, por ejemplo en el caso de un accidente cerebrovascular en el cual el miembro superior era el afectado-, en la parte de la caja que se hallaba cubierta y el hemicuerpo sano frente a los espejos, de modo que el usuario ve reflejado el miembro sano en el espejo, simulando y percibiendo que se mueve el dañado.

El hecho de observar el miembro contralateral a la lesión en el espejo se produce, en la zona cerebral afectada, una activación neuronal que conlleva la actividad de las neuronas espejo.

Pese a haber sido fundada para el tratamiento del dolor causado por el miembro fantasma, en la actualidad se maneja en el tratamiento de los accidentes cerebrovasculares o ictus. Esta terapia, con base en los mecanismos anteriormente aludidos, consigue producir un incremento del funcionamiento motórico del miembro dañado gracias al fenómeno de plasticidad cerebral.

2 Objetivos

Determinar la importancia de la terapia de espejo en la rehabilitación del accidente cerebrovascular desde la perspectiva de la terapia ocupacional y conocer las contraindicaciones respecto a esta terapia.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo de libro se ha realizado una revisión bibliográfica con la búsqueda sistemática de libros y también se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

La evidencia indica el beneficio de la terapia de espejo en la rehabilitación neurológica del paciente que ha sufrido un daño cerebral, ya sea consecuencia de un accidente cerebrovascular o un accidente traumático.

La neuro plasticidad se ve favorecida por esta técnica, siguiendo el patrón normal de rehabilitación neurológica, el cual involucra un entrenamiento de alta intensidad, de repetición y orientado a tareas.

La terapia de espejo va orientada tanto a la rehabilitación de miembro superior como de miembro inferior y puede emplearse para el tratamiento de la sensibilidad como de la función motora.

Existen una serie de contraindicaciones en relación con la terapia de espejo: un paciente puede no ser candidato a esta técnica en el caso de padecer inconvenientes atencionales, como la Heminegligencia. En este último supuesto, podría subsanarse el déficit sensorial ubicando el espejo dentro del campo de visión del

usuario, aunque la ilusión óptica puede verse damnificada y, por ende, perjudicar la efectividad del tratamiento.

La terapia de espejo asimismo puede producir efectos adversos en el paciente, como mareos. En el caso de que sea contraproducente para el usuario, la terapia debe interrumpirse.

Los ejercicios deben de realizarse en un entorno que no presente, elementos distractores, asegurándonos de que nada interfiera en la atención de nuestro usuario para garantizar la mejor calidad de rehabilitación posible.

Otro elemento para tener en cuenta es la imagen que se proyecta en el espejo. Es necesario retirar los elementos característicos del hemicuerpo sano para que la ilusión óptica sea lo más coherente posible. Entre estos elementos cabe tener en cuenta los anillos, tatuajes, cicatrices, uñas... El terapeuta ocupacional debe evitar verse reflejado en el espejo, ya que eso podría entorpecer la imagen percibida en el espejo.

5 Discusión-Conclusión

La terapia de espejo es una técnica que evidencia unos cambios a nivel motor y sensitivo en los pacientes que soportan daño cerebral. Un adecuado programa de rehabilitación, teniendo en cuenta las variables de cada usuario y siguiendo los principios de intensidad y repetición, repercuten positivamente en la rehabilitación del usuario.

Por todo esto, se evidencia que un tratamiento que incluya la terapia de espejo en aquellos usuarios candidatos a obtener beneficios de este produce efectos positivos tanto a nivel sensorial como a nivel motor.

Cabe recordar que la terapia de espejo es parte de un tratamiento que involucrará otras técnicas y que se erige como un complemento.

6 Bibliografía

1. Cauraugh JH, Summers JJ. Neural plasticity and bilateral movements: A rehabilitation approach for chronic stroke. *Prog Neurobiol.* 2005;75(5): 309-320.
2. Ramachandran VS, Altschuler EL, Stone L, Al-Aboudi M, Schwartz E, Siva N. Can mirrors alleviate visual hemineglect? *Med Hypotheses.* 1999;52(4):303-305.

Capítulo 296

ESTUDIO DEL ÁCIDO ÚRICO

MARTA GUEVARA SANCHEZ

YASMINA BOUTANAACH ABDELKADER

LOURDES REY GUEVARA

GEMMA REY GUEVARA

1 Introducción

El ácido úrico es un compuesto orgánico de carbono, nitrógeno, oxígeno e hidrógeno. Su fórmula química es $C_5H_4N_4O_3$.

Es un ácido débil producido en el hígado, músculos, intestinos, riñones y endotelio vascular, como producto final del catabolismo de las purinas (adenina y guanina) mediante la acción de la enzima xantina oxidasa.

Se encuentra en la orina en pequeñas cantidades. En algunos animales, como aves, reptiles y muchos artrópodos, es el principal producto de desecho, y se expulsa con las heces; los animales que excretan mayoritariamente ácido úrico se denominan uricotélicos. El alto contenido de nitrógeno del ácido úrico es la razón por la que el guano es tan valioso como fertilizante en la agricultura.

En la sangre humana, la concentración de ácido úrico en los hombres es de 3,6 - 6,5 mg/dl y, en las mujeres, de 2,5 - 6,5 mg/dl, aunque se pueden encontrar niveles más altos en las personas que consumen más azúcar.

La gota en el ser humano está asociada con niveles anormales de ácido úrico en el sistema.

La saturación de ácido úrico en la sangre humana puede dar lugar a un tipo de cálculos renales (nefrolitiasis) cuando el ácido cristaliza en el riñón.

Un porcentaje considerable de enfermos de gota llegan a tener cálculos renales de tipo úrico.

2 Objetivos

El objetivo del presente artículo es que el lector conozca un poco más tanto el ácido úrico como sus componentes para así prevenir con mayor eficacia dolencias o patologías tales como la cistitis y otros casos peores.

3 Metodología

Para la realización del presente artículo hemos consultado a especialistas en urología, los cuales nos han aportado datos muy valiosos e interesantes sobre temas muy diversos y profundos y patologías como la cistitis, el virus del papiloma humano, entre otros y todo debidamente contrastado y consultados con otras fuentes de información.

4 Resultados

Los principales resultados obtenidos son:

Los ácidos nucleicos ya existentes en el organismo son hidrolizados por endo y exonucleasas que dan mononucleótidos, que a su vez son degradados a nucleósidos por la fosfomonoesterasa. Esta enzima libera guanosina y adenosina, dos nucleósidos que no pueden seguir exactamente la misma vía.

La adenosina debe ser desaminada previamente por la adenosina desaminasa para formar inosina. Sobre la inosina actúa la nucleósido fosforilasa que la despoja de su ribosa y da hipoxantina. Esta enzima actúa directamente sobre la guanosina liberando guanina.

Desde la hipoxantina y la guanina se forma un compuesto llamado xantina, que da origen al ácido úrico. Estos dos últimos pasos son catalizados por la xantina oxidasa (esta contiene FAD, molibdeno y hierro no hemo), lo que da lugar al ácido úrico y luego urato monosódico.

Otros resultados obtenidos fueron:

En la sangre humana, la concentración de ácido úrico en los hombres es de 3,6 - 6,5 mg/dl y, en las mujeres, de 2,5 - 6,5 mg/dl, aunque se pueden encontrar niveles más altos en las personas que consumen más azúcar.[4]

La gota en el ser humano está asociada con niveles anormales de ácido úrico en el sistema.

La saturación de ácido úrico en la sangre humana puede dar lugar a un tipo de cálculos renales (nefrolitiasis) cuando el ácido cristaliza en el riñón. Un porcentaje considerable de enfermos de gota llegan a tener cálculos renales de tipo úrico.

El aumento de los niveles de ácido úrico en la sangre no solo puede estar relacionado con la gota, sino que puede ser simplemente una hiperuricemia, que presenta algunos de los síntomas anteriores o puede ser asintomática. Sin embargo, cuanto mayor es el aumento de ácido úrico en sangre, mayores son las posibilidades de padecer afecciones renales, artríticas, etc.

5 Discusión-Conclusión

Como conclusión final hemos de decir que el ácido úrico es un desecho que normalmente se disuelve en la sangre y viaja hasta los riñones para ser luego ser eliminado o excretado a través de la orina. Tener el ácido úrico alto en sangre, la cual tiene por nombre hiperuricemia, puede tener efectos negativos sobre la salud como afectaciones en las articulaciones o una aparición constante de piedras en los riñones.

Con una analítica básica el paciente podrá conocer y determinar si sus problemas están relacionados con el ácido úrico o no.

En este artículo hemos concluido qué causas provocan un exceso de ácido úrico, qué síntomas pueden hacer sospechar que el paciente sufre hiperuricemia y de qué forma puede este bajar el ácido úrico lo máximo posible con la alimentación.

6 Bibliografía

1-www.mayoclinic.org

Capítulo 297

TERAPIA OCUPACIONAL Y EL CONTROL DE LA DISFAGIA EN PARÁLISIS CEREBRAL INFANTIL

GLORIA GUIRAO BELASTEGUI

ANA ISABEL BARCO CASASOLA

MARIA ELENA LETAMENDÍA PASCUAL

NURIA CORROCHANO TEJADO

MIRIAM LÓPEZ SÁNCHEZ

1 Introducción

Para que tenga lugar una correcta alimentación y se lleve a cabo de forma autónoma e independiente, deben desarrollarse correctamente tres elementos: motricidad global, motricidad manual y motricidad oral. Estos elementos evolucionan simultáneamente, por lo que la detención del desarrollo de uno de ellos repercute directamente sobre los otros dos.

Debido a la presencia de determinadas patologías, el desarrollo normal se ve afectado y es entonces cuando aparecen dificultades y/o limitaciones al introducir alimentos semisólidos y sólidos en la dieta de un niño. Sucede así en el caso de la

Parálisis Cerebral Infantil (PCI), cuya incidencia global en España es de 2-3 casos por cada 1000 recién nacidos vivos.

Según Vojta (1975), la PCI consiste en un conjunto de alteraciones motoras asociadas por una alteración congénita del Sistema Nervioso Central o por una lesión producida en un cerebro en desarrollo, en el periodo prenatal, perinatal o hasta la sexta semana después del nacimiento (antes de que se inicien los mecanismos de orientación y enderezamiento). Algunos de los principales problemas presentes en un niño con PCI durante la alimentación son:

- Alteraciones del tono y disminución de control en cabeza y tronco.
- Ausencia de control de movimientos selectivos de la boca.
- Falta de equilibrio para mantener posiciones verticales como, por ejemplo, la sedestación.
- Incapacidad para realizar una flexión de cadera óptima que permita alargar los brazos y asir los cubiertos.
- Falta de coordinación entre los procesos de succión, masticación, deglución y digestión.
- Hiposensibilidad de la boca o Hipersensibilidad asociado a una actividad refleja anormal.

Dichas alteraciones hacen que la ingesta de alimentos sea insuficiente y pueden aumentar considerablemente el tiempo empleado para la alimentación haciendo que, en lugar de ser una experiencia agradable, la hora de comer sea angustiosa para el niño y para su familia/cuidador.

La alimentación y la deglución son conceptos relacionados puesto que esta última es considerada base de la alimentación y evento clave en el inicio de la digestión, fundamental para la subsistencia humana. Se trata de un proceso complejo y parcialmente voluntario mediante el cual se ingieren alimentos que, posteriormente, se desplazan por la faringe y el esófago hasta llegar al estómago. La deglución de tipo adulto comienza a realizarse a partir de la aparición de los primeros dientes. La alteración en la deglución se conoce como disfagia (“dys” dificultad, “phagia” comer) y consiste en una afectación en cualquiera de las fases de la deglución.

Sus principales síntomas en la edad pediátrica son la apnea, nariz sucia, cambio de color, tos, estornudos, náuseas, bradicardia, babeo excesivo, aumento de la duración de la alimentación, aumento de fatiga, rechazo de texturas y sabores, arcadas frecuentes durante la comida...A largo plazo, es posible que se den casos de deshidratación y/o desnutrición que pueden llegar a ser mortales. Más del 25 % de los pacientes con lesiones neurológicas tienen problemas de disfagia.

La disfagia es estimada como un problema en la salud pública a nivel universal y una de las procedencias más habituales de discapacidad motora y la más usual en niños.

A pesar de su notabilidad, con asiduidad se observa que la disfagia es uno de las

alteraciones y trastornos más abandonadas por parte de los profesionales de la salud. Debido a su gran desenlace en la calidad de vida de los afectados, es trascendental una detección precoz cortejada de una intervención profesional multidisciplinar, desde la manifestación del problema, para evitar el mayor número de consecuencias negativas posibles. Es en este punto donde la Terapia Ocupacional (TO) juega un papel muy importante.

Todos los niños con limitaciones, dificultades y/o problemas para la participación en actividades con significado en su vida diaria o en relación con lo esperado al grupo de edad al que pertenecen, pueden beneficiarse de su intervención.

El objetivo de un terapeuta ocupacional en este colectivo es descubrir y potenciar al máximo las capacidades individuales de cada niño, para que alcancen un nivel óptimo de autonomía e independencia en el funcionamiento en el domicilio, la escuela y el juego.

Es por eso por lo que, dentro del equipo multidisciplinar que aborde la disfagia debe estar presente la figura del terapeuta ocupacional, que no sólo pretende mejorar la función de una manera física, sino que además tiene en cuenta los aspectos cognitivos, sociales, emocionales y culturales de la alimentación en diferentes contextos para desempeñar su labor. El punto de partida de un terapeuta ocupacional es la diferenciación de los procesos de comer/tragar frente al de alimentación.

Comer es la destreza para completar las etapas iniciadoras, oral y faríngea del proceso del tragar mientras que, la alimentación contiene el proceso de llevar la comida del plato o del vaso a la boca teniendo en consideración las prácticas/creencias culturales.

2 Objetivos

Diseñar un protocolo de evaluación e intervención desde la terapia ocupacional en pacientes con PCI que presenten disfagia y/o dificultades durante la alimentación.

3 Metodología

Se ha llevado a cabo una revisión bibliográfica sobre la disfagia en parálisis cerebral infantil y el papel del terapeuta ocupacional en su rehabilitación:

- Bases de datos: Dialnet, SciELO, PEDro, PubMed, Cochrane, CSIC, TESEO y OTseeker.
- Revistas: American Journal of Occupational Therapy.

- Páginas web: Elsevier, Mediagraphic y Redalyc.
- Repositorios: Universidad de Almería (UAL) y Universidad de Zaragoza (ZAGUAN).

4 Resultados

El protocolo puede ser llevado a cabo por un único terapeuta ocupacional o un grupo de ellos y es posible que, en función de las necesidades del usuario, intervengan otros profesionales como, por ejemplo, logopedas o fisioterapeutas desde sus respectivos campos de actuación. De forma general, consta de dos apartados principales (evaluación e intervención) que han sido divididos en 9 y 6 grupos, respectivamente.

EVALUACIÓN:

1. Recoger información relacionada con los gustos personales del niño, materiales que emplea diariamente para comer, el entorno y ambiente en el que se lleva a cabo la alimentación, la postura y el comportamiento desde el punto de vista de los padres, hábitos que lleven a cabo, etc. Dicha información podrá ser obtenida de dos formas: mediante un registro que rellena la familia en su domicilio o mediante una entrevista semiestructurada entre familia y terapeuta ocupacional.
2. Determinar el grado de disfagia, teniendo como referencia la Escala Funcional de Fujishima, para establecer un punto de partida de cara a un futuro planteamiento de objetivos e intervención.
3. Valorar la postura corporal (posición que adopta un cuerpo en el espacio durante la preparación de un acto y a la hora de llevar a cabo una secuencia de movimientos, aprender y/o comunicarse) durante la alimentación mediante:
 - Análisis exhaustivo: redacción completa y detallada de la posición de los diferentes segmentos corporales y anotaciones que se consideren importantes de cara a la futura intervención.
 - Morfodiagrama: reflejar, de forma gráfica y sencilla, el análisis detallado anteriormente. Sobre una fotografía del usuario en sedestación deben marcarse con círculos las prominencias óseas y puntos anatómicos de referencia (ojos, hombros, apófisis xifoides, crestas iliacas, rótulas y tobillos). En caso de que alguno de ellos se encuentre más anteriorizado, el círculo se hará más grande. Al unir los puntos dibujados con líneas rectas se obtiene un patrón orientativo que simula la postura del niño en sedestación (ver figura).
 - Valorar de forma numérica los conceptos de estabilización (capacidad del usuario para controlar y equilibrar el tronco mientras interactúa con los objetos

involucrados en la actividad), alineación (correcto mantenimiento en sedestación sin que surja la necesidad de realizar apoyos extras en la realización de tareas) y posicionamiento (implica la posición del cuerpo, brazos o silla en relación a los objetos empleados durante la actividad, es decir, que el usuario realice movimientos eficientes con los miembros superiores a lo largo de la actividad). En función del nivel de déficit observado se otorgará una puntuación entre 0 (déficit grave) y 3 (no se observa déficit).

4. Elaborar una tabla mencionando los reflejos primitivos (reflejo tónico cervical asimétrico, reflejo tónico cervical simétrico, reflejo tónico laberíntico) y los reflejos orales (adaptativos: reflejo de búsqueda, reflejo de succión, reflejo de deglución; protectores o de defensa: reflejo de mordida, reflejo de tos, reflejo de arcada) y marcando "presente" o "no presente" en cada caso.

5. Elaborar un documento propio que recoja la musculatura facial y valorar cada músculo mediante órdenes verbales, juegos de mímica o empleando pictogramas. Se puntuará según el grado de funcionalidad: F (funcional: realiza movimientos completos y se mantienen en el tiempo. Presencia de pliegues prominentes); FD (funcional débil: daño leve. Movimientos incompletos sin mantenerlos en el tiempo. Presencia de pliegues superficiales); NF (no funcional: daño moderado. Movimiento muy ligero); AF (ausencia de funcionalidad: daño severo. No hay movimiento).

6. Elaborar un documento mencionando toda la musculatura del aparato bucofonador (músculos masticadores, de la lengua y paladar, de la faringe y deglución) y valorar, mediante palpación. Anotar las posibles respuestas del usuario (normotonía, hipertonía, hipotonía o tono fluctuante) para cada uno de los músculos registrados.

7. Valorar la sensibilidad facial en tres fases (tacto, dolor y temperatura) en frente, mejillas, alrededores de la boca y cuello.

- Tacto: tocar las zonas mencionadas y aumentar la intensidad progresivamente hasta realizar leves pellizcos. El usuario deberá señalar, en un dibujo de una cara, dónde ha sentido el gesto. Anotar "sí" cuando la zona señalada por el usuario sea la correcta y "no" cuando cometa un error.

-Dolor. Elaborar una escala por colores: blanco (no he sentido dolor), verde (he sentido poco dolor) y rojo (he sentido mucho dolor). Pellizcar al usuario, que debe señalar uno de los círculos de la escala en función del dolor que haya sentido. El terapeuta anotará en la tabla correspondiente el color que el usuario ha atribuido a cada una de las zonas.

-Temperatura: colocar hielo y tubos con agua caliente sobre las zonas a valorar. El usuario deberá señalar, sobre un pictograma del sol (calor) y un copo de nieve

(frío), la sensación que ha tenido. Anotar las respuestas aportados por el usuario.

8. Valorar la sensibilidad de la cavidad bucal (lengua):

- Indicar al niño, de forma verbal o acompañado de pictogramas, la indicación por parejas de cada posible información sensitiva (amargo, ácido, salado y dulce) con su respectivo ejemplo de alimento (cacao puro, limón, sal, azúcar).
- El usuario debe cerrar los ojos momentáneamente mientras el terapeuta introduce en su boca, de forma aleatoria, los cuatro ejemplos de alimentos.
- El usuario debe reconocer el sabor y, posteriormente, decir verbalmente o señalar mediante pictogramas cuál es el alimento ingerido y, de esta forma, poder relacionarlo con el tipo de información sensitiva recibida.

Anotar en una hoja de registro los cuatro posibles tipos de información sensitiva y dos posibles respuestas “reconoce” y “no reconoce” junto con un apartado para apuntar las observaciones o anotaciones que se consideren oportunas.

9. Valorar la posible necesidad de un producto de apoyo y recoger, en una ficha técnica, la información relevante para la futura prescripción, es decir, el problema que se pretende solucionar, las necesidades y características del usuario, las características de la actividad para la cual está destinada el producto, área ocupacional en el que se engloba dicha actividad, entorno en el que se va a emplear etc.

INTERVENCIÓN:

Esta intervención está basada en la terapia miofuncional, que se define como un conjunto de procedimientos y técnicas empleadas para corregir el desequilibrio orofacial, crear nuevos patrones musculares en la deglución y patrones adecuados en la articulación de las palabras, reeducar hábitos nocivos existentes y mejorar la estética del usuario.

1. Adaptar las texturas de los alimentos para asegurar un buen estado nutricional y evitar la deshidratación y el riesgo de aspiración. Para determinar qué volumen y consistencia tolera el usuario sin riesgo de aspiración del alimento, se recomienda comenzar por aquella textura tolerada por el paciente y, posteriormente, se trabajará en un nivel de texturas más alto al tolerado. La posibilidad de texturas es la siguiente:

- Textura sólida: liso (purés), grueso (plátano), mixto (pescado deshecho), entero (cualquier alimento troceado).
- Textura líquida: pudding (yogurt), miel (sopa crema), néctar (zumo melocotón), líquido (agua).
- Textura mixta: mezcla de una sólida con una líquida (sopa de fideos, gajo de mandarina...).

2. Intervenir a nivel biomecánico/fisiológico y funcional sobre la postura corporal.

Se pretende mantener una correcta sedestación basándose en una ligera inclinación de espalda, tronco erguido y equilibrado simétricamente sobre la pelvis y cabeza alineada con la columna vertebral y adecuado control de mandíbula.

Para realizar una alimentación independiente pueden seguirse algunas pautas como:

- Presentar la cuchara de frente o lateral, pero desde abajo.
- No introducir toda la cuchara en la boca.
- Emplear cucharas para cantidades pequeñas.
- Presentar el alimento y esperar a que el usuario abra la boca.
- En caso de reflejo de mordida esperar a que el usuario abra la boca o presionar a nivel de masetero para favorecer su apertura.
- Si hay tos, inclinar la cabeza del usuario hacia abajo.

Emplear estrategias posturales para influir o cambiar la dirección del bolo y evitar la aspiración sin que aumente el esfuerzo realizado por el paciente y maniobras deglutorias para controlar de forma voluntaria la movilidad orofaríngea durante la deglución, son empleadas de forma temporal y requieren una actividad muscular mínima y nivel cognitivo suficiente para seguir órdenes.

3. Intervención sobre los reflejos:

- Inhibir reflejos orales patológicos:
- Reflejo de morder: desensibilizar la zona desde fuera de la boca a zona intraoral, emplear cuchara resistente pero blanda, procurar no tocar los dientes ni encía con cuchara o vaso...
- Reflejo de náusea adelantado: tocar con palito de algodón en el centro de la lengua hacia la zona posterior hasta el límite donde se localiza el reflejo, aumentar progresivamente.
- Estimulación de reflejos orales:
- Reflejo de deglución: maniobra de Mendelsohn, autoalimentación, etc.
- Reflejo tusígeno: imitar al terapeuta tosiendo, expulsar aire mientras se le presiona intermitentemente los hombros.
- Reflejo palatal: tocar tenuemente con un palillo frío de algodón en la línea media del paladar blando y en los arcos palatinos.
- Reflejo de náusea: tocar la base de la lengua con el dedo, usar frío o vibración.

4. Emplear técnicas de incremento sensorial que ayudan a alertar al sistema nervioso central y tienen por objetivo el aumento de sensación en la cavidad oral antes de la deglución. Se consideran técnicas compensatorias ya que son intervenidas por el terapeuta ocupacional o por el cuidador y no cambian el exa-

men motor de la deglución, pero también son consideradas terapéuticas puesto que comprimen el tiempo de deglución a nivel oral y faríngeo. Algunas ellas son:

- Crioterapia previa a la ingesta de alimentos sobre labios, lengua, etc.
- Bolos alimenticios de sabor ácido para mejorar el reflejo de deglución.
- Ejercer presión con la cuchara sobre la lengua para facilitar la contracción de la musculatura intrínseca de la lengua.
- Ofrecer alimentos atractivos que favorezcan la secreción de saliva y la motivación.
- Usar bolos alimenticios fríos y que requieran masticación, es decir, de 3ml o más de volumen.
- Permitir una autoalimentación para que el movimiento mano-boca proporcione un estímulo sensorial adicional.
- Realizar un movimiento vertical de lengua exagerado junto con un movimiento de succión de la musculatura con inserción mandibular y con los labios sellados. Esto facilita que se dispare el reflejo faríngeo y permite el tránsito posterior de la saliva, por lo que se recomienda en pacientes con poco control sobre las secreciones orales.

Se recomienda realizar, como complemento, estimulación térmica y táctil:

- Estimulación térmica: consiste en aumentar la sensibilidad alertando el córtex y el tronco cerebral y provocar que el reflejo deglutorio se dispare más rápidamente al iniciarse la fase oral de la deglución. Debe realizarse de forma bilateral y, en caso de que haya disminución de la sensibilidad unilateral, se realizará únicamente en el lado con sensibilidad conservada.
- Estimulación táctil: tener en cuenta el tono muscular del paciente. En caso de hipertonía, realizar maniobras de fricción y amasamiento sobre las zonas afectadas para disminuir el tono muscular. En caso de hipotonía, usar estrategias acompañadas de pellizcos y vibraciones para la relajación muscular.

5. Controlar el entorno para favorecer el proceso de alimentación, por ejemplo: estableciendo un ambiente relajado, corrigiendo y manteniendo un buen posicionamiento, cortar los alimentos en tamaños adecuados a las capacidades de cada usuario, respetar los ritmos de la persona, mantener una altura homogénea y colocar la comida a la vista de forma que favorezca un correcto posicionamiento, establecer una rutina de reposo después de la comida para evitar reflujos y broncoaspiraciones, etc.

6. Proporcionar productos de apoyo comprados o de bajo coste como, por ejemplo: engrosadores, cubiertos flexibles o angulares, platos inclinados o con reborde interno, pajitas anti-retorno o soportes para pajitas, cuencos altos, vasos recortados o anti-derrame, etc.

A lo largo del proceso de intervención, es necesario reevaluar y revisar el plan de ejecución establecido para determinar su eficacia. Dicha revisión puede seguir, por ejemplo, la siguiente estructura: reevaluación del procedimiento y comprobación de las metas propuestas, modificación del plan si fuese necesario y valoración de la continuidad del usuario en el servicio de Terapia Ocupacional o la necesidad de la intervención por parte de otros profesionales. Sin embargo, para reevaluar el plan de evaluación se emplearán las herramientas desarrolladas anteriormente con el fin de realizar una comparación lo más objetiva posible.

5 Discusión-Conclusión

En este estudio se ha profundizado acerca de una temática poco abordada por la Terapia Ocupacional a pesar de que la PCI es una fuente permanente de demanda rehabilitadora y psicosocial. De forma general, podemos extraer las siguientes conclusiones:

- Los resultados de la búsqueda bibliográfica afirman que los pacientes con PCI son substancialmente dispuestos de exhibir un trastorno de masticación y deglución.

Esto repercute derechamente en el acto de comer y en la alimentación.

- Existe una clara necesidad de nuevas investigaciones sobre el impacto de la rehabilitación desde Terapia Ocupacional en la disfagia, así como la introducción de nuevas técnicas de intervención. Es necesario establecer datos científicos plasmados de forma escrita en nuevos estudios, lo que ya se reclama verbalmente, es decir, una mayor inclusión de la figura del terapeuta ocupacional en la rehabilitación de estos pacientes.
- Es conveniente que la rehabilitación sea lo más temprana posible y se extrapole al hogar ya que este es el mejor escenario de rehabilitación para las actividades de la vida diaria.
- La tendencia general para valorar la disfagia es someter al usuario a pruebas médicas, ignorando la posibilidad de efectuar una evaluación diferente. A pesar de ello, son varios los estudios que introducen otras alternativas. A la hora de evaluar a un niño/a con PCI, se deben tener en cuenta todos los aspectos que lo rodean a él y a su familia
- Se debe realizar un seguimiento continuo del usuario. Es importante comprobar si la metodología de trabajo que se lleva a cabo alcanza los objetivos establecidos junto a los familiares del usuario al comienzo de la rehabilitación, pudiendo ser modificados en cualquier momento.

6 Bibliografía

1. Ambros, H. B., & Koslowski, S. G. (2003). Tratamiento de la disfagia orofaríngea. *Rehabilitación*, 37(1), 40-54.
2. Ávila, I. T. (2014). Evidencia del tratamiento desde terapia ocupacional en actividades de la vida diaria en pacientes con accidente cerebrovascular. *Revista electrónica de terapia ocupacional Galicia, TOG*, (19), 3.
3. Bacco, R. J. L., Araya, C. F., Flores, G. E., & Peña, J. N. (2014). Trastornos de la alimentación y deglución en niños y jóvenes portadores de parálisis cerebral: abordaje multidisciplinario. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 25(2), 330-342.
4. Bascuñana Ambrós, H. (1998). Disfagia neurológica. Generalidades. Características en el accidente vascular cerebral, en el traumatismo craneoencefálico y en la parálisis cerebral infantil. *Rehabilitación*, 32(5), 331-336.
5. Bleeckx, D. Mc Graw Hill, 2004. Disfagia. Evaluación y reeducación trastornos de la deglución.
6. Calzada Vázquez Vela, C., Ruiz, V., & Alberto, C. (2014). Parálisis cerebral infantil: definición y clasificación a través de la historia. *Revista Mexicana de Ortopedia Pediátrica*, 16(1), 6-10.
7. Castellanos, G. R., Rodríguez, S. R., & Castellanos, M. R. (2007). Definición y clasificación de la parálisis cerebral: ¿un problema ya resuelto? *Revista de neurología*, 45(2), 110-117.
8. Del Águila, A., & Áibar, P. (2006, June). Características nutricionales de niños con parálisis cerebral: ARIE-Villa El Salvador, 2004. In *Anales de la Facultad de Medicina* (Vol. 67, No. 2, pp. 108-119). UNMSM. Facultad de Medicina.
9. Delgado, V., & Contreras, S. (2010). Desarrollo psicomotor en el primer año de vida. *Santiago: Mediterráneo*.
10. Diz, S. V., Vázquez, M. A., Silva, M. E., García, A. F., Temprano, S. R., & Núñez, S. P. (2004). Tratamiento fisioterápico de las alteraciones posturales y reflejos orales en la parálisis cerebral infantil, y otras alteraciones neurológicas. *Ayudas técnicas para la alimentación. Fisioterapia*, 26(4), 226-234.
11. Domínguez Oller, I.L. (2012/2013). Parálisis cerebral y alimentación (Trabajo Fin de Máster). Universidad de Almería, España.
12. Fucile, S., Gisel, E. G., McFarland, D. H., & Lau, C. (2011). Oral and non-oral sensorimotor interventions enhance oral feeding performance in preterm infants. *Developmental Medicine & Child Neurology*, 53(9), 829-835.
13. Gázquez Linares, J. J.; Pérez-Fuentes, M. Del Carmen.; Molero Jurado, M. Del Mar.; Simón Márquez, M. Del Mar.; Martos Martínez, A.; Barragán Martín, A.B. (2018). Conocimientos, investigación y prácticas en el campo de la salud. Aso-

ciación Universitaria de Educación y Psicología (ASUNIVEP).

14. Gisell, E. G. (1996). Effect of oral sensorimotor treatment on measures of growth and efficiency of eating in the moderately eating-impaired child with cerebral palsy. *Dysphagia*, 11(1), 48-58.
15. Howe, T. H., & Wang, T. N. (2013). Systematic review of interventions used in or relevant to occupational therapy for children with feeding difficulties ages birth– 5 years. *American Journal of Occupational Therapy*, 67(4), 405-412.
16. Jorge, J. E., & Riano, M. O. A. (2010). *Guía Esencial de Rehabilitación Infantil/ Essential Guide to Children's Rehabilitation*. Ed. Médica Panamericana.
17. Levitt, S. (2013). *Tratamiento de la parálisis cerebral y del retraso motor*. Editorial Médica Panamericana, Madrid.
18. Martín, L. M. M., Guzmán, M. S., Valenza, M. C., & Martos, I. C. (2011). La alimentación humana. La perspectiva de la terapia ocupacional y la antropología. *Revista electrónica de terapia ocupacional Galicia, TOG*, (14), 3.

Capítulo 298

EL TRABAJO DE LA TERAPIA OCUPACIONAL EN LA TERCERA EDAD

MIRIAM LÓPEZ SÁNCHEZ

ANA ISABEL BARCO CASASOLA

MARIA ELENA LETAMENDÍA PASCUAL

NURIA CORROCHANO TEJADO

GLORIA GUIRAO BELASTEGUI

1 Introducción

La importancia de la autoestima en las personas mayores toma cierto carácter psicológico cuando no es atendida debidamente. Debemos entender que no solo la medicación es el puente a la salud mental. Si bien es un factor muy complejo e importante, hay otros que, aplicados correctamente, pueden ayudar a que el paciente anciano se sienta mejor, no solo física, sino mentalmente.

La terapia ocupacional, combinada a la geriatría desde sus empuces, evalúa, gradúa analiza, y acomoda las actividades de la vida diaria para suministrar la autonomía de las personas. En la materia de las personas mayores o ancianas se convierte, por lo tanto, en una herramienta notable para su salud y la calidad de vida.

Cuando se departe de terapia ocupacional en el espacio de las residencias para los usuarios o personas mayores, habitualmente se trabaja primariamente para reconquistar la autonomía en las actividades básicas de la vida diaria.

La terapia ocupacional brinda interesantes posibilidades a la hora de incentivar el envejecimiento activo y promover la independencia o autonomía de las personas mayores en el desempeño de las tareas diarias, para lograr una mayor calidad de vida.

Actividades para personas mayores en residencias:

- Taller de estimulación cognitiva.
- Taller de actividades básicas.
- Taller de memoria.
- Taller de cuentos.
- Taller con animales.
- Taller de manualidades.
- Taller de cine.
- Taller de psicomotricidad para mayores.
- Sesiones y dinámicas de grupo.

2 Objetivos

Determinar cómo a través de las técnicas terapéuticas de talleres diversos nuestros ancianos mayores ganan confianza en sí mismos y pueden renovarse en experiencias que creían olvidadas solo con el mero hecho de sentirse útiles

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 terapeuta ocupacional siempre va a partir de la valoración de las capacidades sociales, físicas y mentales de la persona anciana para ver y evaluar con qué actividades de la vida diaria debe y puede trabajar

Una vez descubiertas las necesidades, trabajará con la persona de manera personalizada, particular e individual, acomodándose a sus capacidades, con el ecuaníme de prevenir la pérdida, conservar, o optimizar la autonomía funcional. Además, el terapeuta ocupacional asimismo se encarga de originar la estimulación cognitiva de la persona mayor anciana con la que esta trabajando para mejorar la atención, la memoria, así como las habilidades sociales.

El 85 % de los pacientes que efectúan el programa exponen un profundo grado de satisfacción y de independencia. El ejercicio mental, la movilización de sus articulaciones, el trabajo en la memoria y el entretenimiento les ayudara a reforzar en todo positivamente.

El otro 15 % de los pacientes, por el grado de inmovilidad más subrayado que pueden tener por su clínica, se muestran ya un poco menos colaboradores y se les nota que se aíslan más del resto del grupo puesto en estudio, con lo cual en esta proporción de pacientes el resultado no es muy satisfactorio.

Tareas que hace el terapeuta ocupacional:

- Hacer un entrenamiento de ejercicios que tienen que ver con la higiene personal y el cuidado y percepción de la propia imagen como el ducharse, peinarse, asearse, vestirse, etc.
- Dar instrucciones sobre cómo manejar y cuidar de las ayudas técnicas que manipula la persona, tales como los audífonos, si utiliza andadores, bastones, silla de ruedas, ortesis, prótesis...
- Exponer ejercicios de economía articular para impedir la sobrecarga de las articulaciones.
- Trabajar con el anciano mayor para adaptar el medio inmediato a sus requerimientos y necesidades.
- Entrenar en la realización de transferencias, quiere decir, cómo poder sentarse o levantarse él de la silla o de la cama...
- Conseguir una buena intervención de la postura en decúbitos, por ejemplo, cuando se está encamado, etc.
- Establecer juegos, además, de terapias cognitivas de diversa índole.

5 Discusión-Conclusión

Incentivar la mente de las personas mayores va a repercutir en que se sientan más integrados en nuestra sociedad y además de sentirse más útiles e independientes, contribuyendo funcionalidad a sus vidas. Los adiestramientos de habilidad

motora y del desarrollo mental aligeran su respuesta al medio que les rodea y la interacción con el personal, así como de los familiares se ve reforzado.

Gracias a la terapia ocupacional es viable abordar el envejecimiento desde la representación de la autonomía, la presteza y el bienestar general. En la actualidad esta es una herramienta de trabajo muy práctica y positiva para enfrentar los problemas físicos y los psicológicos vinculados a la ancianidad y tercera edad en sus beneficios con los adultos mayores y de las personas dependientes han quedado debidamente demostrados.

6 Bibliografía

- 1.<https://www.cuidum.com/blog/beneficios-de-la-terapia-ocupacional-paramayores>.
- 2.terapia ocupacional - DomusVi<https://www.domusvi.es>.
- 3.<https://www.geriaticarea.com>.
4. Allegra<https://allegra.cat>
› terapia-ocupacional-ancianos.
5. Ortiz-Rubio Araceli, Cabrera-Martos Irene, Torres-Sánchez Irene, Casilda-López Jesús, Ariza-Mateos María José, Valenza Marie Carmen. Actitudes de estudiantes españoles de terapia ocupacional hacia las personas mayores. *rev.fac.med.* [Internet]. marzo de 2019 [citado el 9 de abril de 2022]; 67(1): 69-73. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-00112019000100069&lng=en.
<https://doi.org/10.15446/revfacmed.v67n1.65944>
.

Capítulo 299

EL SINDROME DE BURNOUT EN RELACIÓN CON EL EQUIPO DE CELADORES

ANDREA RODRIGUEZ AUMENTE

1 Introducción

El síndrome de burnout, también llamado desgaste profesional o síndrome de estar quemado, es la respuesta que un trabajador da cuando percibe la diferencia de sus propios ideales y realidad de su vida laboral.

Es una respuesta al estrés laboral cronicado en el tiempo que se caracteriza por la desmotivación en el trabajo .

Se manifiesta con los síntomas siguientes:

Agotamiento emocional: pérdida de energía, fatiga.

Conductas negativas hacia usuarios y compañeros.

Sentimientos de baja realización personal.

Fracaso por la forma de realizar el trabajo y no conseguir los resultados óptimos.

Los factores que originan este síndrome residen en el entorno laboral y en las condiciones de trabajo , como pueden ser la desmedida carga de trabajo, las malas relaciones en el mismo y la falta de formación para desarrollar las tareas.

Cuando se produce en trabajos en los que la carga emocional es importante, la aparición de este estrés crónico concluye en un daño para la propia salud, el burnout.

El síndrome de burnout se manifiesta por una progresión que va creciendo en el tiempo, sino no se toma la medida conveniente para pararlo en el tiempo.

El trabajador tiene inconvenientes para resolver problemas y efectuar las tareas que antes le resultaban fáciles.

2 Objetivos

-Identificar las condiciones de trabajo que lo han producido y conseguir adquirir mecanismos psicosociales que impidan que estas situaciones sucedan.

-Reconocer las fases del síndrome de burnout.

3 Metodología

Se ha realizado una revisión bibliográfica en las siguientes bases de datos: PubMed y Google Scholar . Se han seleccionado publicaciones relacionadas con los objetivos establecidos en el apartado anterior.

Las palabras clave son las siguientes: síndrome , burnout, estrés , ansiedad, fatiga emocional , pérdida de energía.

4 Resultados

El agotamiento físico , mental, el estrés y la ansiedad son los factores que preceden al síndrome del trabajador quemado.

Este síndrome produce un cambio de comportamiento del trabajador que lo sufre.

La persona va perdiendo energía y positividad en su trabajo a lo largo del tiempo.

Los síntomas físicos pueden ser dolor de cabeza y estómago , problemas en el intestino, etc.

Este síndrome se incluye entre uno de los principales problemas de salud mental .

La gran parte de los celadores presentan un elevado porcentaje de agotamiento emocional , y esto repercute en su vida personal, familiar y laboral.

Los riesgos psicosociales en el trabajo se ocasionan por muchos factores y están relacionados con el tiempo de trabajo , una jornada larga, poca flexibilidad de horarios , la turnicidad en el trabajo.

Estos riesgos pueden quedar ocultos, produciendo durante bastante tiempo consecuencias perjudiciales para la salud emocional del trabajador.

Las fases del proceso del síndrome de burnout son las siguientes:

Fase inicial , de entusiasmo, se da cuando empiezas un nuevo puesto de trabajo y tienes una actitud positiva.

Fase de estancamiento, en esta fase no se cumplen los logros profesionales .

Fase de frustración , el trabajo no tiene sentido , cualquier momento provoca una dificultad en lugar de trabajo .

Fase de apatía es la tendencia a tratar al paciente de forma hostil.

Fase de quemado es la catástrofe emocional, tiene consecuencias perjudiciales para la salud y en algunos casos puede presionar al trabajador a dejar el puesto de trabajo que tenga una vida profesional insatisfecha y de desilusión.

Para poder prevenir este síndrome se pueden utilizar técnicas de relajación como el yoga , la meditación, control de la respiración , creatividad , práctica de deporte físico , una alimentación adecuada, etc.

5 Discusión-Conclusión

Gran parte de los celadores se ven afectados por este síndrome que aparece de forma progresiva y que hace que la calidad y la atención en el trabajo se vea afectada y también el entorno social y familiar.

Conocer el síndrome de burnout , los síntomas que lo producen es esencial para tomar medidas de prevención para poder ejercer un trabajo eficiente y dar un servicio de calidad asistencial adecuado.

Los síntomas se generan en el personal celador, produciendo un bajo rendimiento laboral , actitudes negativas, y baja calidad asistencial.

El burnout es un proceso continuo que se manifiesta en el individuo de forma intensa y duradero en el tiempo.

6 Bibliografía

1-Atance Martínez, J. C. (1997). Aspectos epidemiológicos del síndrome de burnout en personal sanitario. Revista española de salud pública, 71, 293-303.

2-Gil-Monte, P. R., & Moreno-Jiménez, B. (2005). El síndrome de quemarse por el trabajo (burnout). Una enfermedad laboral en la sociedad del bienestar. Madrid: Pirámide, 36-37.

Capítulo 300

LA HIGIENE DE MANOS

ANDREA RODRIGUEZ AUMENTE

1 Introducción

Es una medida de higiene que consiste en eliminar mediante fricción de manos enjabonadas seguida de un aclarado con abundante agua, con la finalidad de eliminar la suciedad , materia orgánica , flora habitual y transitoria y evitar la propagación de estos microorganismos de una persona a otra.

Las manos son vehículo en la transmisión de gérmenes . La higiene de manos con agua y jabón es necesaria cuando éstas estén visiblemente sucias o contaminadas (sangre u otros fluidos corporales)

La higiene con agua y jabón se debe realizar con una duración de 40 a 60 segundos con una fricción vigorosa que llegue todas las superficies de las manos, empezando con las palmas, dorso, espacios interdigitales, nudillos, dedos pulgares y finalmente las uñas. Existen otras alternativas para la higiene de manos como el uso de soluciones a base de alcohol, clorhexidina, etc. En todo momento deberá descontaminar sus manos siempre considerando los 5 momentos básicos de higiene de manos.

Antes de tener contacto directo con el paciente .

Antes de realizar procedimientos asépticos como insertar algún catéter venoso u otros dispositivos.

Después del contacto con fluidos corporales o secreciones, membranas, mucosas, piel no intacta del paciente, aunque las manos no estén visiblemente sucias.

Después del contacto con el paciente como tomar el pulso o la presión arterial o ayudar a levantar al paciente .

Después del contacto con objetos en el área del paciente .

2 Objetivos

Conocer la técnica del lavado de manos y los beneficios que trae su práctica habitual.

Identificar los 5 momentos del lavado de manos.

3 Metodología

Se ha realizado una revisión bibliográfica en las siguientes bases de datos :PubMed y google Scholar . Se han seleccionado publicaciones relacionadas con los objetivos establecidos en el apartado anterior.

Las palabras clave son higiene de manos , jabón , solución alcohólica , piel.

4 Resultados

Las manos constituyen la puerta de entrada al organismo en la transmisión de patógenos. La higiene de manos es una medida efectiva a la hora de evitar la transmisión de infecciones .

El cuidado de la piel y el uso de los guantes son una barrera contra la infección .

El lavado de manos consta de las siguientes fases:

Humedecemos las manos con agua templada , aplicamos jabón líquido con dosificador, frotamos las manos palma contra palma los espacios interdigitales y muñecas durante 10 segundos .

Aclaramos con abundante agua corriente , secamos con toallas de papel .

Cerramos el grifo con la toalla de papel utilizado para el secado de manos. En caso de no disponer de agua y jabón será necesaria la utilización de soluciones hidroalcohólicas de rápida absorción.

En la vida diaria existen momentos que requieran una limpieza de manos que no debemos olvidar en ningún momento , como por ejemplo tras ir al baño, o antes de comer.

Los profesionales de salud deben de hacer este hábito para cumplir su función con el paciente y evitarle una transmisión de algún germen o patógeno.

La higiene de manos reduce el numero de microorganismos que hay en la piel de las manos y es una acción que previene la transmisión de bacterias resistentes durante la atención hospitalaria.

Es muy importante que le personal sanitario tenga en conocimiento el procedimiento del lavado de manos, para evitar la propagación de infecciones en el centro hospitalario.

La organización mundial de la salud ha elaborado varios protocolos sobre la higiene de manos en la atención hospitalaria y asi disminuir las infecciones causadas por no hacer bien este proceso.

Las manos desempeñan un papel fundamental en la transmisión de los gérmenes.

5 Discusión-Conclusión

Como demuestra la evidencia científica el lavado de manos es clave para garantizar la óptima calidad asistencial evitando la transmisión de patógenos e infecciones .

Los 5 momentos de la higiene de manos son los siguientes:

Antes del contacto con el paciente, antes de llevar a cabo una tarea aséptica, después de l riesgo de exposición a líquidos corporales,después del contacto con el paciente y con el entorno del paciente.

El uso de reloj , pulseras u otros objetos impiden la buena realización de la higiene de manos.

Realizar una buena higiene de manos es un paso fundamental para evitar la propagación de microorganismos multirresistentes.

6 Bibliografía

- Redondo Crespo A, Tejado Alamillo M, Rodríguez Ortuño B . El celador y el trabajo en equipo .
- Mera Nuñez D. Manual básico para celadores. Diciembre 2009.

Capítulo 301

EL PERSONAL NO SANITARIO Y LOS RIESGOS LABORALES

MARIA MERCEDES FRAGA BARROSO

ROSA ABEL PARAJÓN CANGA

ANA MARÍA MÉNDEZ QUINTANA

1 Introducción

En el sector sanitario no solo están los profesionales que ejercen las especialidades sanitarias, como médicos y enfermeras, sino que también se encuentran ejerciendo su labor otros muchos profesionales, el personal no sanitario, como celadores, personal de lavandería y planchado, limpieza, mantenimiento...razón por la cual, los riesgos laborales que se pueden producir en este sector son prácticamente todos aquellos que se pueden dar en cualquier otro entorno laboral.

Son muchos los riesgos laborales a los que están expuestos estos trabajadores, atrapamientos, golpes y/o cortes, caídas, riesgos eléctricos, quemaduras, exposición a fuentes de ruido, contacto con productos que contienen sustancias químicas peligrosas, riesgos de incendio y explosión por manipulación de líquidos inflamables, malas condiciones medioambientales en el lugar de trabajo (demasiado calor o frío), manejo de cargas o posturas forzadas, inadecuada iluminación, situaciones de estrés entre muchos otros.

Pero también son muchas las prevenciones que se pueden llevar a cabo para tratar de prevenirlas. La primera prevención es mantenerse informado sobre todos aquellos riesgos a los que uno puede estar expuesto para ello se ha promulgado la LEY 31/1995, de 8 de noviembre, de Prevención de Riesgos Laborales. Nosotros,

como trabajadores, tenemos que saber qué riesgos hay en nuestro puesto de trabajo ya que es importante conocerlos para evitarlos en la medida de lo posible.

2 Objetivos

Hacer una exposición de los principales riesgos laborales a los que se enfrentan a diario, tanto el personal sanitario como el personal no sanitario, y dejar claro que lo más importante está en la prevención.

3 Metodología

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

4 Resultados

Las actividades que se ejercen en los hospitales, centros de salud o en establecimientos sociosanitarios, no son exclusivamente las especialidades sanitarias, sino también otras, las ejercidas por el personal no sanitario: Celadores, servicios de limpieza, mantenimiento, lavandería y plancha, etc. donde se pueden dar toda clase de peligros contra la salud y la seguridad, ya que conviven en un mismo espacio diferentes oficios y profesiones. En una institución sanitaria nos podemos encontrar con laboratorios, plantas de hospitalización, cocinas, urgencias, radiología, salas de esterilización, lavanderías, quirófanos, almacenes... donde pueden producirse accidentes de trabajo como caídas, golpes, atrapamientos, cargas eléctricas, salpicaduras, sobreesfuerzos, cortes, pinchazos, contactos con sustancias nocivas y hasta agresiones, también pueden producirse enfermedades profesionales, ocasionadas por muchos y diferentes factores como pueden ser:

Los riesgos biológicos. Debido a la exposición a microorganismos, bacterias, virus, hongos. Las causas más frecuentes son el contacto con sangre, tejidos y otros fluidos corporales que contengan sangre, por manipulación de restos biológicos o contacto con instrumental contaminado. Los profesionales más ex-

puestos al contagio están entre el personal de enfermería, auxiliares y facultativos, pero también entre el personal de limpieza, lavandería o celadores.

Los riesgos químicos. Las sustancias o productos químicos están presentes en el sector sanitario a diario, en las lavanderías, en tareas de limpieza, mantenimiento, cocina... en las que se exponen con mucha frecuencia a productos que pueden ser irritantes, corrosivos, tóxicos, cancerígenos entre muchos otros efectos.

Los riesgos físicos. De entre estos riesgos los más comunes son la exposición al ruido, temperatura y electricidad.

Los riesgos ergonómicos. Las enfermedades laborales más frecuentes y la primera causa de invalidez permanente son las asociadas a lesiones músculo-esqueléticas principalmente.

Las causas por las que se llegan a producir son diversas, manipulación de cargas y de enfermos, que sufren los celadores por ejemplo, posturas inadecuadas, del personal administrativo cuando permanecen horas ante la pantalla de visualización de datos en condiciones inadecuadas, los movimientos repetitivos, desgaste y daños producidos por manipulación manual de cargas, posturas forzadas de lavaderos/as y planchadores/as, etc.

Los riesgos psicosociales. Son los riesgos a los que los trabajadores y las trabajadoras están expuestos y que están relacionados con una mala organización del trabajo, por el exceso de exigencias, la poca autonomía y apoyo social, la escasez de respeto, reconocimiento y trato justo, que pueden ocasionar efectos negativos para la salud del que lo padece, tales como, el estrés, la ansiedad, los trastornos del sueño, de la alimentación, fatiga y a largo plazo depresión.

Otro de los riesgos a los que está sometido con frecuencia el personal de una institución sanitaria son los turnos de trabajo y nocturnidad. Como es sabido por todos, el sector sanitario, nunca para, por ello es necesario, organizar el trabajo en turnos de mañana, tarde y noche. Esto nos va a provocar un desajuste entre el tiempo de trabajo, el tiempo biológico y el tiempo social, desajuste biológico porque el ser humano está preparado biológicamente para permanecer activo durante el día y descansar durante la noche, desajuste social porque mientras nosotros nos encontramos descansando el resto estará en sus tareas cotidianas y viceversa.

Por último, pero no menos importante, hacer mención a los riesgos por agresiones que en ocasiones sufren por parte de pacientes o sus familiares, todos estos profesionales en su entorno laboral.

5 Discusión-Conclusión

Una vez conocidos los riesgos laborales del personal no sanitario es fundamental que todos los profesionales que trabajan en instituciones sanitarias, no solo se percaten de los riesgos a los que a diario están expuestos, sino también, que conozcan todos los recursos con los que cuentan o pueden contar para poder prevenirlos y si no es posible en su totalidad, si poder minimizarlos.

Los accidentes de trabajo pueden ocurrir en cualquier momento y afectar a cualquier trabajador.

Aunque la legislación a través del Estatuto de los Trabajadores y la Ley de Prevención de Riesgos Laborales, es estricta y trata de evitar situaciones de riesgo, los accidentes de trabajo ocurren prácticamente cada día.

El ambiente de trabajo debe estar libre de peligros para que los trabajadores puedan realizar su cometido en un entorno adecuado y de una manera eficaz y segura.

Para la consecución de todo esto, todos los trabajadores deben ser instruidos con la correspondiente formación, adecuada a su puesto de trabajo, utilizar siempre que sea necesario los equipos de seguridad o de protección personal idóneo para cada caso, de una forma correcta, evitando así riesgos innecesarios.

6 Bibliografía

- Guía Básica de Riesgos Laborales Específicos en el Sector Sanitario. Editado: Secretaría de Salud Laboral, CC.OO Castilla y León.
- Temario oposición lavadero/a y planchador/a SESPA 2020. Tema 17 Prevención de Riesgos Laborales de Lavandería y Planchado.
- Temario Oposiciones a Celador del SESPA 2019. Tema 22 “Prevención de riesgos Laborales en el Profesional No Sanitario. Riesgos en Seguridad, Higiénicos, Ergonómicos, Psicosociales y Organizativos.

Capítulo 302

ESTUDIO INTESTINO DELGADO

GEMMA REY GUEVARA

LOURDES REY GUEVARA

YASMINA BOUTANAACH ABDELKADER

MARTA GUEVARA SANCHEZ

1 Introducción

El intestino delgado es la sección del aparato digestivo que conecta el estómago con el intestino grueso. Se dividen en tres partes: duodeno, yeyuno e íleon.

Cumple las funciones de digestión, absorción, barrera y además inmunidad.

Es uno de los órganos con mayor número de recambio de células de todo el organismo, ya que toda su superficie interna se renueva cada cinco días.

La mucosa intestinal está especializada en la digestión y la absorción de nutrientes y para ello tiene que aumentar su superficie que da a la luz, de tres maneras: Pliegues circulares, válvulas de Kerckring o plica, que son visibles a simple vista y son pliegues permanentes formados por mucosa y submucosa.

Vellosidades intestinales o villi, que tienen un tamaño de 0,5 a 1 milímetro y dan la textura aterciopelada del interior del intestino.

Criptas de Lieberkühn, que son glándulas tubulares situadas entre las vellosidades. En el fondo de estas criptas aparecen las Células Madre.

El epitelio intestinal de la mucosa está formado por diferentes tipos celulares que son:

Células absorbentes o enterocitos: La membrana plasmática de estas células presenta en su polo luminal múltiples microvellosidades que confieren el aspecto de ribete en cepillo al microscopio óptico.

Células caliciformes: son secretoras de mucina o moco.

Células endocrinas: son células argentafines, también llamadas células de los gránulos basales. Pertenecen al sistema APUD. (también llamado SNED: sistema neuroendócrino difuso)

Células de Paneth: que producen lisozimas cuando se producen infecciones bacterianas (son defensivas).

Células Madre indiferenciadas: responsables de la renovación de todos los tipos celulares.

2 Objetivos

Profundizar en el conocimiento del intestino delgado.

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

Los principales resultados obtenidos en la investigación son:

Drenaje nervioso: El drenaje venoso es bastante similar, corriendo a cargo de la vena mesentérica superior, la principal constituyente de la vena porta, junto con la vena mesentérica inferior y la vena esplénica.

Irrigación arterial: Se produce viendo como la propia irrigación proviene de la arteria mesentérica superior, rama de la aorta, que camina dentro del mesenterio y de la que nacen las arterias:

Pancreaticoduodenales inferiores.

Ramas yeyunales y ramos ileales: estas ramas yeyunales e ileales tienen la particularidad de formar arcadas arteriales que se anastomosan unas con otras. Se

forman arcadas de primer orden, nuevas arcadas a partir de éstas (de segundo orden) e incluso de tercer orden en el íleon. Por último, origina la

Arteria ileocólica, que termina dando cuatro ramas: a) cólica ascendente que sube por el colon ascendente, b) cecal anterior, c) cecal posterior, y la d) arteria apendicular para el apéndice. Otras ramas de la arteria mesentérica superior salen hacia el ángulo derecho de colon:

Arteria cólica derecha y finalmente para la parte proximal del colon transversal

La arteria cólica media, que se anastomosa con la anterior. Por lo tanto, la arteria mesentérica superior irriga todo el yeyuno, el íleon y la mitad derecha del intestino grueso incluyendo el apéndice.

Forma y relaciones del intestino delgado: El duodeno se caracteriza por su relación con el estómago, es la porción principal donde llega el jugo pancreático y hepático, pero el yeyuno y el íleon son más difíciles de distinguir y no hay una separación entre ambos.

En general, se pueden distinguir porque:

El yeyuno tiene mayor diámetro que el íleon (3 cm el yeyuno, 2 cm el íleon).

El yeyuno tiene más pliegues circulares, más vellosidades intestinales y más finas, mientras que el íleon tiene menos.

En el íleon los folículos linfoides (placas de Peyer) y la irrigación vascular en forma de arcadas es mayor, que en el yeyuno. Además sus paredes son más delgadas y menos vascularizadas.

Topográficamente tanto el yeyuno como el íleon ocupan el espacio infracólico, aunque:

El yeyuno se sitúa un poco más arriba y a la izquierda (región umbilical) que el íleon (abajo y a la derecha).

En general, las asas yeyunales son de dirección más horizontal, mientras que las ileales son de dirección vertical.

El final del intestino delgado es el íleon terminal que desemboca en el ciego por medio de la válvula ileocecal.

En la constitución de la pared intestinal, además de las capas usuales de mucosa, submucosa, muscular y serosa, destaca la presencia de acúmulos de tejido linfático que alcanzan hasta la submucosa. Se localizan en el borde antimesentérico y su número es de 30 o 40, y miden hasta 2,5 cm de diámetro. Como se ha mencionado anteriormente, son más numerosos en el íleon.

Toda la longitud del intestino delgado queda unida a la pared posterior a través de la raíz del mesenterio. Esta unión del mesenterio a la pared posterior comienza a nivel de la vértebra L2, cruza el gancho del páncreas (por donde penetra la arteria mesentérica superior), cruza delante de la cava inferior, sigue externamente a los

vasos ilíacos comunes y externos para terminar en la fosa ilíaca derecha, a nivel del promontorio, lateral a la articulación sacroilíaca derecha, a unos 6 cm, de la línea media del intestino.

5 Discusión-Conclusión

Las principales conclusiones a las que hemos llegado son:

Enfermedades vasculares

Las enfermedades vasculares del intestino delgado corresponden a diferentes etiologías. Por este motivo no existe un sistema de clasificación universalmente aceptado. No obstante todas estas etiologías pueden manifestarse en forma de hemorragia. [10] La anomalía vascular observada con más frecuencia es la angiodisplasia, que se define como un complejo vascular dilatado que se localiza en la superficie del tracto gastrointestinal, estando presente en un 40 % de las hemorragias de origen indeterminado.[10]

Tumores

En el intestino delgado la carcinogénesis se da a una velocidad significativamente más baja que en otras zonas del tracto gastrointestinal, así, a pesar de ser la superficie más grande de este, los tumores primarios del intestino delgado representan solamente el 2 % del total de los tumores gastrointestinales.[11] Este hecho se debe a varios factores, como el transcurrir rápido de un contenido principalmente líquido y con pocas bacterias. No obstante, se han identificado hasta 40 tipos diferentes de tumores del intestino delgado, el 75 % de los cuales son benignos. El diagnóstico de estos, sin embargo, se revela complicada pues los síntomas iniciales pueden ser confundidos con otras enfermedades.

Punto principal de la celiaquía: El intestino delgado es el principal foco de conflicto de los pacientes celíacos. La celiaquía o enfermedad celíaca es una enfermedad autoinmune[12] producida por una intolerancia permanente al gluten, conjunto de proteínas presentes en el trigo, avena, cebada y centeno (TACC) y derivados,[13][14][15] en personas con predisposición genética.[16][17] Considerada tradicionalmente como un trastorno únicamente digestivo, actualmente se sabe que es una enfermedad sistémica,[16][17][18] ya que la respuesta inmunitaria anormal causada por el gluten puede dar lugar a la producción de diferentes autoanticuerpos que pueden atacar a diversos órganos y sistemas.[19]

Las lesiones que la enfermedad celíaca provoca en el intestino delgado no se limitan a la presencia de atrofia de las vellosidades intestinales, sino que con frecuencia consisten en cambios mínimos sin atrofia vellositaria, con inflamación leve o moderada, especialmente en los niños mayores de dos años y los adultos.

6 Bibliografía

www.clinicamayor.org

www.medlineplus.gov

Capítulo 303

EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN LA ATENCIÓN PRIMARIA

MARIA DE LAS CRUCES CHAVES MONTES

PILAR MARÍA SERRANO GUDE

ALICIA CARRETERO AMORES

ISMAEL CARRETERO AMORES

ESTHER AMORES BERMEJO

1 Introducción

El auxiliar administrativo cumple sus funciones como personal estatutario en los centros de salud del sistema sanitario español, en concreto en cada servicio de salud autonómico y está integrado en un equipo multidisciplinar de atención primaria como son los médicos de familia, odontólogos, fisioterapeutas, enfermeros, celadores, trabajo social, etc.

Realizan funciones de atención al paciente realizando trámites como las citas, tarjeta sanitaria, y también apoyan al resto del equipo del centro sanitario en temas administrativos. Sin embargo no se recogen sus funciones en ninguna ley, únicamente se hace referencia a las competencias del personal administrativo de la salud en una Orden del año 1984 que modificaba el Estatuto del Personal no Sanitario de las Instituciones Sanitarias Públicas de la Seguridad Social de 1971. En el estatuto no se nombraba como tal a los auxiliares administrativos y la orden derivaba de la necesidad de “establecer una normativa reguladora de la función

administrativa propia de las mismas, acorde con los principios en que se fundamentan los objetivos de la reforma hospitalaria emprendida por este Instituto”. Esta Orden de 1984 explicaba así las funciones del auxiliar administrativo correspondiente al grupo D: ”Las de apoyo material, ejercicio y desarrollo respecto a las tareas administrativas-asistenciales propias de la Institución, así como las de Secretarías de planta y servicios y las de preparación y tratamiento de los datos para la informática”.

2 Objetivos

- Describir las funciones del auxiliar administrativo en la atención primaria.
- Explicar los derechos principales de los pacientes en el centro de salud.

3 Metodología

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

4 Resultados

El equipo de atención primaria está formado por personal sanitario y no sanitario organizado entre sí para el correcto funcionamiento del centro de salud.

Los auxiliares administrativos son personal no sanitario perteneciente a las llamadas “unidades administrativas”. Realizan funciones tanto de atención al paciente (tramitaciones, citaciones, etc.), como de apoyo administrativo a los profesionales del equipo de atención primaria. Sus funciones en atención primaria son mucho más extensas que en la atención especializada.

Las funciones del auxiliar administrativo en atención primaria son entre otras:

- Atención al paciente.
- Gestión de todas las citas del centro de salud.
- Control de asistencia de pacientes.
- Realización de informes a petición del paciente, profesional u otros organismos.
- Tramitación administrativa de nuevos pacientes en el centro.

- Petición de consultas y envío de informes.
- Fotocopias.
- Gestión del transporte.
- Atención telefónica.
- Gestión de material del centro.
- Gestión de la historia clínica.
- Control y estadística de actividades de cada profesional.

Los derechos del paciente más relevantes y recogidos en varias normativas son los siguientes:

- Derecho a la información asistencial.
- Derecho a la documentación sanitaria: poder acceder a la historia clínica, por escrito.
- Derecho a la intimidad y confidencialidad de los datos relativos a la salud.
- Derecho a voluntades anticipadas: Se debe respetar la voluntad del paciente.
- Derecho a una segunda opinión.
- Derecho a la libre elección de médico tanto de cabecera como de atención especializada.
- Derecho a que las prestaciones sanitarias sean concedidas en plazos establecidos reglamentariamente.

El auxiliar administrativo se encarga normalmente de la tramitación de todo ello y debe dar cuenta y velar por el cumplimiento de todos esos derechos del paciente para que haya una buena comunicación del paciente con todo el equipo del centro de salud.

5 Discusión-Conclusión

El auxiliar administrativo debe asegurarse que el paciente recibe una prestación sanitaria adecuada y velar por el cumplimiento de sus derechos. La tarea del auxiliar administrativo es fundamental para el buen funcionamiento del centro de salud, ya que de él depende todas las tramitaciones y es la primera persona con la que el paciente tiene contacto en el centro de salud.

Se encarga de múltiples tareas y por ello debería recogerse específicamente en alguna ley su labor y las funciones a las que se tendría que ceñir. Con las nuevas máquinas de obtención de citas el futuro es un poco incierto.

6 Bibliografía

1. www.astursalud.es.

2. www.revistamedica.com.

Capítulo 304

FUNCIONES DEL AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN EL SERVICIO DE ADMISIÓN Y DOCUMENTACIÓN CLÍNICA

MARIA DE LAS CRUCES CHAVES MONTES

PILAR MARÍA SERRANO GUDE

ALICIA CARRETERO AMORES

ISMAEL CARRETERO AMORES

ESTHER AMORES BERMEJO

1 Introducción

El Servicio de Admisión y Documentación Clínica (SADC) constituye una estructura de apoyo en el hospital, basada en tres ejes: gestionar pacientes, tramitar su documentación clínica y la información asistencial generada.

Es un servicio no asistencial y multidisciplinar que se encarga de facilitar que el paciente que viene derivado de consultas externas, urgencias u otro servicio de la atención especializada acceda a la atención sanitaria ya sea hospitalaria o ambulatoria y también gestiona su historia clínica.

También se encarga de mantener actualizada toda la información relativa a los pacientes que están esperando a una intervención quirúrgica no urgente y dar apoyo organizativo para agilizar el proceso asistencial del paciente.

Para la organización del servicio hay que disponer de una serie de requisitos básicos:

- Creación y definición de ficheros acorde a la información que se maneja.
- Control de los procesos y de los circuitos internos de comunicación.
- Desarrollo de un software de apoyo a la actividad del servicio, que se pueda modificar en el tiempo según vayan cambiando las necesidades del sistema.
- Formación continua de los auxiliares administrativos para que puedan responder a los posibles cambios que se puedan producir.

Se debe evaluar el rendimiento del SADC mediante indicadores de calidad para prestar un correcto servicio.

2 Objetivos

- Explicar de qué se encarga el Servicio de Admisión y Documentación Clínica.
- Describir las funciones que el auxiliar administrativo desarrolla dentro del SADC.

3 Metodología

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

4 Resultados

En las organizaciones hospitalarias, con un aumento de la demanda asistencial, surge la necesidad de crear estructuras que faciliten la coordinación, ordenación y priorización de las actividades relativas a la asistencia médica, con la finalidad de mantener la eficiencia en el uso de recursos y la unión de la organización frente al paciente garantizando el acceso a las prestaciones en condiciones de igualdad. De esa necesidad surge el SADC.

La estructura de los SADC no es igual entre comunidades autónomas. Lo que sí es común es que son multidisciplinarios y al frente están los médicos de admisión

y documentación clínica. Aparte de la denominación exacta que en cada organización sanitaria se le otorgue, el SADC contiene: Admisión de hospitalización, de urgencias y de asistencia ambulatoria y el archivo de historias clínicas y documentación.

Las funciones de admisión de hospitalización, urgencias y asistencia ambulatoria componen el área de gestión de pacientes. Las funciones de archivo de historia clínica y documentación constituyen el área de gestión de la documentación clínica. Ambas áreas configuran el Sistema de Información Asistencial.

Las funciones del auxiliar administrativo en el SADC están orientadas a la coordinación entre contactos y procesos asistenciales de los pacientes de todo el hospital y en su área de atención especializada.

El auxiliar administrativo ha de tener una función moduladora y facilitadora de las tareas asistenciales.

En las diferentes áreas básicas de atención (hospitalización, urgencias y atención ambulatoria), deberá desarrollar funciones y tareas encaminadas a:

- Gestión de los procesos administrativos de acceso y circulación asistencial de pacientes, con el fin de garantizar una sencilla accesibilidad.
- Organización y evaluación del proceso asistencial, manteniendo la cohesión de la organización sanitaria ante el paciente y favoreciendo una eficiente utilización de los recursos.
- Obtención de datos que ofrezcan al centro sanitario información sobre la demanda existente y la actividad asistencial realizada

5 Discusión-Conclusión

Es necesaria la creación de una guía que contribuya a la normalización de las funciones que el personal auxiliar administrativo de los centros sanitarios desempeña en el SADC, favoreciendo nuevas líneas de actuación en la admisión y la documentación clínica. La información generada en dicha guía asentará las bases para la adecuada gestión de los recursos humanos.

Debido a la gran afluencia de pacientes en los centros sanitarios y hospitales, el SADC junto con los auxiliares administrativos al frente del mismo, son de vital importancia para el buen funcionamiento de los mismos y que exista una organización total y una fluidez en los procesos asistenciales.

6 Bibliografía

1. www.revistamedica.com.

2. www.ibsalut.es.

Capítulo 305

HABILIDADES COMUNICATIVAS DEL PROFESIONAL AUXILIAR ADMINISTRATIVO CON RESPECTO AL PACIENTE

MARIA DE LAS CRUCES CHAVES MONTES

PILAR MARÍA SERRANO GUDE

ALICIA CARRETERO AMORES

ISMAEL CARRETERO AMORES

ESTHER AMORES BERMEJO

1 Introducción

La comunicación entre el paciente y el profesional de la salud está evolucionando, y tiene un papel importante en el establecimiento de su relación. El paciente ha pasado a ser la figura principal en el entorno sanitario, con unos derechos definidos en la Ley General de Salud Pública de 2011 y plena capacidad de decisión sobre el proceso de su enfermedad.

Tanto el profesional de la sanidad como el auxiliar administrativo de la sanidad, se deben adaptar al paciente para informarle de sus derechos y asesorándole en su proceso asistencial y valorar con él las decisiones y procedimientos a realizar. La toma de decisiones por parte del paciente implica que debe tener acceso a la información, para poder comprender y evaluar dicha información y así poder

llegar a una conclusión. El paciente tiene derecho a decidir libremente qué opción clínica elegir, una vez haya recibido la información pertinente y adecuada sobre su enfermedad por parte del profesional.

Una comunicación errónea entre profesional y paciente puede derivar en que el paciente tome una decisión equivocada respecto a su proceso asistencial y que al final empeore más aún sus problemas de salud o se sienta engañado por ejemplo, en un diagnóstico de la enfermedad.

Por ello, es de vital importancia establecer un lenguaje y una comunicación coherente, precisa y de fácil comprensión. Es preferible obviar los tecnicismos para así, tener la certeza de que el paciente ha recibido toda la información que le concierne sobre su diagnóstico, tratamiento y evolución. Tras emitir la información pertinente, el profesional sanitario y no sanitario debe preguntar e incidir en sí ha entendido todo lo emitido.

2 Objetivos

- Establecer los pilares fundamentales en la comunicación con el paciente.
- Describir errores habituales en dicha práctica.
- Definir habilidades comunicativas que pueden orientar al profesional en el establecimiento de la comunicación y relación de confianza con el paciente.

3 Metodología

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

4 Resultados

El lenguaje y la comunicación van enlazados, pero su significado es diferente. Por un lado el lenguaje es el conjunto de signos gráficos, sonoros o gesticulares necesarios para expresarse, mientras que la comunicación es un proceso de intercambio de información entre un emisor y un receptor.

Existen unos requisitos que debe tener el contenido de la comunicación en el sistema sanitario para que esta sea eficaz:

- Suficiente: la información será la justa, ni mucha ni poca.
- Significativo: el contenido sobre el tema que se está tratando será relevante.
- Preciso: se usarán frases cortas para la comprensión correcta del mensaje.
- Apropiado: el mensaje será claro y se evitarán tecnicismos que dificulten la comprensión del paciente, adaptándolo a su lenguaje habitual.

Muchos de los problemas de la comunicación entre el profesional y el paciente son generados por errores en el lenguaje. Algunos de ellos son:

- La omisión: cuando no se dice toda la información, sea intencionadamente o no, que conlleva ahorrar tiempo limitándose al hecho esencial, pero que puede tener un resultado negativo a causa de la falta de información.
- Imprecisiones: el uso de frases incompletas en las que los datos de una situación no son precisos.

Podemos definir las habilidades sociales en la comunicación al conjunto de conductas emitidas por la persona en un contexto que expresa sus sentimientos, opiniones, derechos, etc., de un modo adecuado a la situación, respetando esas mismas conductas en las demás personas.

Algunas de ellas son:

- Saber afrontar situaciones difíciles como agresiones, comunicaciones de noticias negativas, etc.
- Ser asertivos reconociendo errores, pidiendo disculpas y realizando la defensa de los derechos profesionales sabiendo decir no sin parecer negativo.
- Capacidad de transmitir información y convencer al paciente facilitando la comprensión del mensaje para que lo recuerde y cumpla con su deber.

Sería conveniente que el auxiliar administrativo también tuviera conocimientos básicos en idiomas para poder ofrecer información correcta a personas extranjeras y que estas lo comprendan adecuadamente.

5 Discusión-Conclusión

Hay que entender que cada paciente y cada profesional es diferente y por lo tanto, tienen diferentes formas de comunicarse sin que por ello ninguna de ellas sea incorrecta. Hay que utilizar un lenguaje correcto y enfocado a cada paciente para una correcta comunicación.

El paciente es el eje principal en el que se basa el Sistema Nacional de Salud y el objetivo de los profesionales sanitarios y no sanitarios en especial el auxiliar administrativo debe estar orientado al bienestar del usuario tanto físico como

psíquico aplicando aquellas medidas que lo hagan posible y que permitan una comunicación eficaz para que el paciente quede satisfecho y comprenda todo.

6 Bibliografía

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/>.

<https://medlineplus.gov/spanish/>.

<https://www.scielo.org/es/>.

Capítulo 306

EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN ATENCION PRIMARIA

MARIA PILAR SANCHEZ FABRA

MARIA INMACULADA LOSA MARÍN

BEATRIZ DEL PINO FERNÁNDEZ

1 Introducción

La atención primaria es una de las partes mas importantes de la sanidad en nuestro país, según la OMS “ Es la asistencia sanitaria inicial y esencial, consiste 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 fundamental en materia de prevenir enfermedades, y para que enfermedades en fases primarias, no vayan a convertirse en enfermedades graves.

La atención primaria debe ofrecer servicios según necesidad, y dar respuesta en su nivel a la mayoría de los problemas.

La Atención Primaria es versátil, y resolutive de problemas, puede ayudar a pacientes complejos, como a pacientes para prevenir ciertas enfermedades, la aten-

ción sanitaria también ayuda con otros servicios de la comunidad, como son los socio sanitarios y los extra sanitarios.

2 Objetivos

- Conocer las funciones del auxiliar administrativo en la Atención primaria del sistema de salud del Sescam.
- Exponer que aunque es personal no sanitario, es personal muy importante para que todo el sistema de salud vaya bien.

3 Metodología

Para la realización de este capítulo de libro, se ha realizado una revisión de bibliografía, mediante la búsqueda de libros y artículos que nos pudieran ayudar a elaborarlos. También se ha buscado en internet en páginas tipo PubMed. También se ha buscado en Google académico, y en libros en papel de auxiliares administrativos.

4 Resultados

Cuando un paciente se quiere poner en contacto por primera vez con el centro de salud, la atención telefónica es el método mas rápido y eficaz que se utiliza normalmente. Un paciente puede llamar al centro de salud, ya sea para pedir cita con su medico de familia, como con el enfermero, la matrona, también puede utilizar la llamada, para salir de dudas de donde acudir para ciertos tipos de problemas, o para que le solucionen papeleo de la seguridad social. como por ejemplo solicitar la tarjeta sanitaria.

Todo esto que acabamos de comentar que se puede hacer telefonicamente, tambien es usual que se haga presencialmente muchas veces.

Cuando el paciente ya tiene su cita y acude al centro por primera vez, es el auxiliar administrativo el que se encarga de meter todos sus datos en la base de datos del centro de salud, el que le solicita la tarjeta sanitaria en caso de que no la tenga, etc..

También ayudan al paciente dándole las citas que piden los facultativos, cita para análisis de sangre, para atención especializada.

De cara al paciente son las funciones que hemos enumerado antes, pero también tiene funciones tan importantes como, tramitar los visados a la inspección médica, hacer pedido del material que les falte, todos los meses se hace un inventario de material para pedir lo que haga falta. organizar el archivo del centro de salud, aunque ahora ya son informatizados, quedan muchos informes y peticiones que son en papel y tienen que ser organizados en carpetas y en el archivo del centro de salud, dar de baja a pacientes que han cambiado de centro de salud o que han fallecido.

También son los encargados de hacer las estadísticas de actividades diarias de cada facultativo.

Desde marzo de 2020 a consecuencia de la pandemia que hemos sufrido en todo el mundo, la atención primaria presencial se a visto disminuida en un 80% de lo normal.

5 Discusión-Conclusión

La conclusión es que el auxiliar administrativo tiene un papel fundamental en la Atención Primaria, ya que sino fuera por el, no habría una buena base de datos de pacientes, de citas, un orden como el que debe de llevar este tipo de centros. Los auxiliares administrativos están dentro de las unidades administrativas de los Centros de Salud.

Sus funciones principales es la de atención al paciente y apoyo administrativo al equipo de profesionales de los centros de salud.

El auxiliar administrativo es el profesional no sanitario que tiene contacto en primer lugar con el paciente que necesita utilizar los servicios de un centro de salud.

6 Bibliografía

- 1.- https://es.wikipedia.org/wiki/Atenci%C3%B3n_primaria_de_salud
- 2.- <https://revistamedica.com/unidad-administrativa-atencion-primaria/>
- 3.- Estatuto de personal no sanitario de las instituciones sanitarias de las Seguridad Social aprobado por la orden 5 de julio de 1971.

Capítulo 307

ESTUDIO DEL FÉMUR

LOURDES REY GUEVARA

YASMINA BOUTANAACH ABDELKADER

GEMMA REY GUEVARA

MARTA GUEVARA SANCHEZ

1 Introducción

El fémur es el hueso del muslo, el segundo segmento del miembro inferior. Es el hueso más largo, fuerte y voluminoso del cuerpo humano, y de la mayor parte de los mamíferos.

El fémur se encuentra en la parte inferior de nuestro cuerpo; los músculos que se encuentran en el fémur son: bíceps femoral, las cuatro cabezas del cuádriceps (recto femoral, vasto lateral, vasto medial y vasto intermedio o crural), semitendinoso y semimembranoso.

Su longitud en promedio es de 26,74 % de la altura de una persona, esta proporción varía en los hombres, en mujeres y la mayoría de los grupos étnicos y este dato es útil en la antropología, ya que ofrece una base para una estimación razonable de la altura de un sujeto de tener un esqueleto incompleto, y no es seguro si algo le pasa.

El fémur es el único hueso del muslo, sirve como un punto de fijación para todos los músculos que ejercen su fuerza sobre las articulaciones de la cadera y de la rodilla. Algunos músculos biarticulares —que cruzan las dos articulaciones—,

como los músculos gemelos y plantares. En total, 22 músculos individuales o bien se originan en o insertan en el fémur.

Su longitud en promedio es de 26,74 % de la altura de una persona.

2 Objetivos

Conocer más en profundidad el fémur y lo que implica su envergadura.

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

Los principales resultados obtenidos son:

En latín fémur significa muslo, en latín médico su forma genitiva es siempre femoris, pero en latín clásico el genitivo es a menudo Feminis, y no debe confundirse con las formas derivadas de la palabra en latín "femina", que significa mujer.

El segundo resultado obtenido, que nos parece fundamental, es que El fémur se desarrolla a partir de las yemas de las extremidades, como resultado de las interacciones entre el ectodermo y el mesodermo subyacente, la formación se produce más o menos alrededor de la cuarta semana del desarrollo.

En la sexta semana de desarrollo, el primer modelo de cartílago hialino del fémur está formado por los condrocitos. Osificación endocondral, comienza por el final del período embrionario y centros de osificación primarios están presentes en todos los huesos largos de las extremidades, incluyendo el fémur, por la 12ª semana de desarrollo. El desarrollo de las extremidades posteriores va a la zaga del desarrollo extremidad anterior por 1-2 días.

El fémur se clasifica como un hueso largo y consta de un diáfisis, el eje (o cuerpo) y dos epífisis o las extremidades que se articulan con los huesos adyacentes en la cadera y la rodilla.

Luego hemos podido determinar que Durante la época de crecimiento ósea también encontramos metáfisis, que está situada entre la diáfisis y la epífisis.

De la clase de los huesos largos, es par y asimétrico. Presenta una ligera curvatura de concavidad posterior, y en el esqueleto se dispone inclinado hacia abajo y adentro, oblicuidad que resulta más notable en el caso de la mujer por la mayor separación entre las cavidades cotiloideas de los coxales, donde se articula el fémur por arriba (articulación coxofemoral) —la pelvis femenina es más ancha que la masculina.

Además, en el fémur se observa una ligera torsión: el eje del cuello femoral no está en el mismo plano que el eje transversal de los cóndilos, sino que configuran un ángulo agudo de declinación, abierto hacia dentro y adelante.

5 Discusión-Conclusión

Las conclusiones principales que obtenemos en nuestro estudio son las siguientes:

Son cinco los puntos de osificación del fémur: uno primitivo, y cuatro complementarios.

El punto primitivo aparece el segundo mes de vida fetal, en el centro del cuerpo del hueso.

Los puntos complementarios están destinados a la cabeza, trocánter mayor, trocánter menor —puntos epifisarios superiores—, y extremo inferior —punto epifisario inferior—. Este último es el más tardío, pues se forma unos quince días antes del nacimiento.

El punto de osificación de la epífisis distal tiene importancia forense, ya que sirve para poder establecer la madurez del feto, la osificación comienza en el noveno mes de la vida fetal y en el momento del nacimiento suele tener unos 5 mm de diámetro, aunque el grado de su desarrollo no permite conclusiones definitivas, sino solo estimativas.

La osificación del fémur se completa en torno a los 19 años de edad en la cabeza femoral.

6 Bibliografia

www.kenhub.com

www.manatomiatopografica.com

Capítulo 308

ESTUDIO DE LA COLUMNA VERTEBRAL

GEMMA REY GUEVARA

LOURDES REY GUEVARA

MARTA GUEVARA SANCHEZ

YASMINA BOUTANAACH ABDELKADER

1 Introducción

La columna vertebral, espina dorsal o el raquis es una compleja estructura cartilaginosa y ósea articulada y resistente, en forma de tallo longitudinal, que constituye la parte posterior del esqueleto axial de los animales vertebrados y que protege a la médula espinal.

En los seres humanos y otros hominoideos, la columna vertebral es un conjunto de huesos situados (en su mayor extensión) en la parte media y posterior del tronco, y va desde la cabeza (a la cual sostiene), pasando por el cuello y la espalda, hasta la pelvis a la cual le da soporte.

La columna vertebral consta de dos regiones principales en peces: troncal y caudal. En tetrápodos, se agrega la región cervical relacionada con el cuello y la región sacra, relacionada a la cintura pélvica. En los mamíferos, la región troncal se divide en torácica y lumbar.

Dentro de los primates hominoideos, se reduce la región caudal, transformándose en el coxis.

Los seres humanos cuentan con 33 vértebras durante la niñez y 26 en la adultez (debido a que las vértebras de la región sacro-coxial y el coxis se unen formando un hueso cada uno), dividiéndose en: región cervical (7 vértebras, C1-C7) región dorsal o torácica (12 vértebras, T1-T12) región lumbar (5 vértebras, L1-L5) región sacro-axial (5 vértebras, S1-S5) coxis (4 vértebras).

2 Objetivos

- Describir las funciones esenciales de la columna vertebral.
- Exponer los problemas derivados de la misma, en caso de producirse una dolencia.

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

Podemos observar que en la región cervical existen siete huesos cervicales, con ocho nervios espinales, en general son pequeños y delicados. Sus procesos espinosos son cortos (con excepción de C2 y C7, los cuales tienen procesos espinosos incluso palpables). Nombrados de cefálico a caudal de C1 a C7, Atlas (C1) y Axis (C2), son las vértebras que le permiten la movilidad del cuello. En la mayoría de las situaciones, es la articulación atlanto-occipital que le permite a la cabeza moverse de arriba abajo, mientras que la unión atlantoaxoidea le permite al cuello moverse y girar de izquierda a derecha. En el axis se encuentra el primer disco intervertebral de la columna espinal. Todos los mamíferos salvo los manatíes y los perezosos tienen siete vértebras cervicales, sin importar la longitud del cuello.

Las vértebras cervicales poseen el foramen transverso por donde transcurren las arterias vertebrales que llegan hasta el foramen magno para finalizar en el polígono de Willis. Estos forámenes son los más pequeños, mientras que el foramen vertebral tiene forma triangular. Los procesos espinosos son cortos y con

frecuencia están bifurcados (salvo el proceso C7, en donde se ve claramente un fenómeno de transición, asemejándose más a una vértebra torácica que a una vértebra cervical prototipo).

En el segundo resultado podemos observar que en la región cervical, es posible distinguir dos partes:

- Columna cervical superior (CCA): formada por los cóndilos occipitales, atlas (C1) y carillas articulares superiores del axis (C2). Hacen movimientos cibernéticos, de ajuste con 3 grados de movimiento.

- Columna cervical baja (CCB): desde las carillas articulares inferiores del axis (C2) hasta la meseta superior de T1. Van a realizar dos tipos de movimientos: flexoextensión y movimientos mixtos de inclinación-rotación. Esta región requiere mucha movilidad, protege al bulbo raquídeo y la médula espinal. También estabiliza y sostiene la cabeza que representa el 10 % del peso corporal.

Ambas partes de la columna cervical (CCA y CCB) se van a complementar entre sí para realizar movimientos puros de rotación, inclinación o flexoextensión de la cabeza.

5 Discusión-Conclusión

Las funciones de la columna vertebral son varias, principalmente interviene como elemento de sostén estático y dinámico, proporciona protección a la médula espinal recubriéndola, y es uno de los factores que ayudan a mantener el centro de gravedad de los vertebrados.

La columna vertebral es la estructura principal de soporte del esqueleto que protege la médula espinal y permite al ser humano desplazarse en posición “de pie”, sin perder el equilibrio. La columna vertebral está formada por siete vértebras cervicales, doce vértebras torácicas o vértebras dorsales, cinco vértebras lumbares inferiores soldadas al sacro, y tres a cinco vértebras soldadas a la “cola” o cóccix. Entre las vértebras también se encuentran unos tejidos llamados discos intervertebrales que le dan mayor flexibilidad.

La columna vertebral sirve también de soporte para el cráneo.

6 Bibliografía

Kardong, Kenneth V. (cop. 2007). Vertebrados anatomía comparada, función, evolución (4a ed edición). McGraw-Hill / Interamericana de España. ISBN 978-84-481-9091-0. OCLC 1120561393. Consultado el 2 de febrero de 2021.

- Anatomía humana: descriptiva, topográfica y funcional, Volumen 2; Volumen 11
Henry Rouvière, A. Delmas, Vincent Delmas. Página 54. (books.google.es).
Begun, David R.,. The real planet of the apes : a new story of human origins.
ISBN 0-691-18280-9. OCLC 1032582905. Consultado el 2 de febrero de 2021. www.
clinicamayo.org

Capítulo 309

ESTUDIO DE LA MORFINA

MARTA GUEVARA SANCHEZ

GEMMA REY GUEVARA

YASMINA BOUTANAACH ABDELKADER

LOURDES REY GUEVARA

1 Introducción

La morfina es una potente droga opiácea usada frecuentemente en medicina como analgésico. La morfina fue nombrada así por el farmacéutico alemán Friedrich Wilhelm Adam Sertürner en honor a Morfeo, el dios griego de los sueños.

Los humanos han cultivado la adormidera desde hace al menos 7.000 años. Esta planta es nativa del sur y este del Mediterráneo en Europa, donde fue por primera vez domesticada. Se ha encontrado evidencia de cultivo y uso en asentamientos de finales de la Edad de Piedra en las cercanías de los ríos Rin, Ródano, Po y Danubio, en el lago Bracciano en Italia y Alemania, aproximadamente en el año 5700 a. C.

Otro hallazgo con respecto a la adormidera, fue en España, en las cercanías de Granada, una cueva llamada la Cueva de los Murciélagos, se encontraron cápsulas de esta planta en que datan del año 4200 a. C. aproximadamente.

Para el 3400 a. C., los sumerios en Mesopotamia llamaban “Gil” (felicidad) al opio y “Hul Gil” (planta de la alegría) a la adormidera. El conocimiento del cultivo de dicha planta fue traspasado a los asirios, los babilonios y finalmente los egipcios.

Alejandro Magno introdujo el opio en Persia y la India, donde fue cultivado en grandes cantidades. Ya en el año 400 d. C. el opium thebicum fue introducido a China por los comerciantes árabes.

2 Objetivos

-Describir qué es la morfina y sus usos en distintos ámbitos.

3 Metodología

La metodología empleada de cara a este estudio fue que primero, hicimos una consulta en la bibliografía disponible sobre el tema y, por último, consultamos a profesionales con experiencia en este tipo de tratamientos.

Cómo ya hemos mencionado anteriormente, el lector partía de un concepto sobre la morfina muy general y cinematográfico y es nuestra pretensión principal que los datos obtenidos en este estudio ahonden más sobre este tratamiento.

4 Resultados

Los principales resultados obtenidos son los siguientes:

La morfina, el alcaloide que está en mayor porcentaje en el opio (11-16 %), fue el primero en ser aislado de la planta de amapola del opio por Friedrich Sertürner en diciembre de 1804 en Paderborn.[1] Este le dio el nombre de morfina en honor al dios griego de los sueños, Morfeo, ya que esta sustancia producía un sueño intenso. Este compuesto activo aislado, fue comercializado por Sertürner y su compañía en 1817 como un analgésico, así como tratamiento para la adicción al alcohol y el opio.

Su amplio uso en la Guerra de Secesión dejó unas 400 000 víctimas adictas a la morfina, más conocida como “enfermedad del soldado”, ya que fue el analgésico de preferencia desde su venta como alcaloide aislado del opio.

Actualmente es motivo de controversia el uso de la morfina y de la heroína, esta última fue sintetizada a partir de la morfina en 1874, y se comenzó a comercializar en 1898 por el laboratorio alemán Bayer.

Con el correr de los años, y el avance tecnológico de la química, se descubrió que los opiáceos y sus derivados, causaban una fuerte adicción, es por esto que comenzó el control de estas sustancias en países como Estados Unidos a comienzos del siglo XX.

En el año 1925 se determinó la fórmula estructural de la morfina, junto con tres nuevos métodos de síntesis de esta droga. En 1952 se anunció la patente de la producción de morfina desde el alquitrán de carbón, por el Dr. Marshall Gates Jr. de la Universidad de Rochester. A pesar de estos nuevos métodos de obtención, la principal fuente de morfina sigue siendo la Amapola o Adormidera.

En el año 2003, hubo un gran descubrimiento con respecto a la morfina endógena. Durante muchos años se especuló con respecto a si existían o no receptores para esta droga endógena. El receptor opiáceo μ_3 , es más susceptible a los opiáceos, sobre todo a la morfina.

5 Discusión-Conclusión

La principal conclusión que obtenemos en este estudio es la farmacológica:

Molécula de la morfina

La morfina es una sustancia controlada, opiácea agonista utilizada en premedicación, anestesia, analgesia, tratamiento del dolor asociado a la isquemia miocárdica y para la disnea asociada al fracaso ventricular izquierdo agudo y edema pulmonar. Es un polvo blanco, cristalino, inodoro y soluble en agua.

Su estructura molecular es $C_{17}H_{19}NO_3$ y su nomenclatura IUPAC es (5 α , 6 α)-Didehidro-4,5-epoxi-17-metilmorfinan-3,6-diol. Se administra como sulfato de morfina, con una solubilidad de 60 mg/mL siendo su estructura $(C_{17}H_{19}NO_3)_2 H_2SO_4 \cdot 5H_2O$. También se puede administrar como clorhidrato de morfina, siendo su estructura $C_{17}H_{20}ClNO_3 \cdot 3H_2O$.

Fue administrada primero por vía oral, luego vía subdérmica, descargando la dosis necesaria. Finalmente adquirió gran notoriedad gracias a la invención de la jeringa de Pravaz y sobre todo a su utilización masiva por parte de los militares durante la guerra de 1907. A partir de 1951 fue posible la síntesis química y de derivados morfínicos.

Actualmente sigue siendo el analgésico clásico más eficaz para aliviar los dolores agudos, pero su utilización va decreciendo a medida que aparecen nuevas drogas sintéticas, las cuales se supone son menos adictivas y permiten que personas alérgicas a ella puedan aliviar igualmente sus dolores.

La morfina también se usa para paliar la adicción a ciertas drogas como la heroína y la cocaína.

6 Bibliografía

Friedrich Sertürner (1805) (Untitled letter to the editor), *Journal der Pharmacie für Aerzte, Apotheker und Chemisten* (Periodico de Farmacia para médicos, boticarios y químicos), 13 : 229–243 ; ver especialmente "III. Säure im Opium" (ácido en opium), pp. 234–235, y "I. Nachtrag zur Charakteristik der Säure im Opium" (Adenda sobre las características del ácido en opium), pp. 236–241.

Gates, M. D.; Tschudi, G. J. *Am. Chem. Soc.* 1952, 74 (4), 1109–1110. doi 10.1021/ja01588a033

Gates, M. D.; Tschudi, G. J. *Am. Chem. Soc.* 1956, 78 (7), 1380–1393. doi 10.1021/ja01588a033

Rice, K. C. *J. Org. Chem.* 1980, 45 (15), 3135–3137. doi 10.1021/jo01303a045 www.medlineplus.gov

Capítulo 310

ESTUDIO SOBRE EL CÓLICO NEFRÍTICO

LOURDES REY GUEVARA

GEMMA REY GUEVARA

MARTA GUEVARA SANCHEZ

YASMINA BOUTANAACH ABDELKADER

1 Introducción

El cólico nefrítico o renal es un dolor repentino de gran intensidad que se produce generalmente por la presencia de cálculo en el conducto que va desde los riñones hasta el tracto urinario cercano a la uretra. En la historia médica, este dolor es conocido como el más intenso que existe y se presenta comúnmente en la medicina de emergencia, descrito como peor que el parto, huesos rotos, heridas por armas de fuego, quemaduras o la cirugía.[1] El dolor se origina en la parte inferior de la espalda y de allí va expandiéndose por toda ella. Se describe como una especie de presión intensa que se presenta en forma de latidos pronunciados que pueden inducir al desmayo.

Aunque los cálculos renales son frecuentes en las poblaciones mundiales, la incidencia varía en función del área geográfica, afectando como promedio a uno de cada ocho hombres blancos antes de la edad de setenta años. En Europa Occidental se estima una incidencia del 0,5 % y una prevalencia del 5 %. En la población general se estima que la frecuencia de cólico renal es entre el 2 y 5 %, dependiendo de los estudios. En España la incidencia de litiasis alcanza el 4,2 % de la población

y en general afecta más a varones que a mujeres, aunque los cálculos de origen infeccioso son más frecuentes en mujeres. Para Italia, varios estudios sobre los pacientes que acuden a la sala de urgencias, encontró que aproximadamente el 1 % consultan por cólico renal.

2 Objetivos

El objetivo principal de este estudio es mostrar al lector que aunque parezca que es un mal menor, un cólico nefrítico puede tener consecuencias graves si no se trata de manera correcta y como unos malos hábitos alimenticios pueden llevar o derivar hacia un caso de este tipo.

3 Metodología

Para la realización de este artículo primero hicimos una consulta en bibliografía especializada sobre el tema y luego nos pusimos en contacto con pacientes que hubieran sufrido esta patología, para que nos pudieran detallar por un lado como se puede llegar a este extremo si nuestros hábitos alimenticios no son los adecuados y como puede llegar a afectar un caso de este tipo.

4 Resultados

Los principales resultados obtenidos en este estudio son:

El mayor factor de riesgo para los cálculos renales es la deshidratación. Una persona que haya padecido de cálculos, con frecuencia, los vuelve a presentar en algún momento del futuro. Los cálculos a menudo ocurren en recién nacidos prematuros.

El tener un familiar con un antecedente de cálculos renales duplica la probabilidad de que otro familiar tenga cálculos, igualmente aquellos con trastornos intestinales en personas con obesidad o defectos en los túbulos renales.

El tener un familiar con un antecedente de cálculos renales duplica la probabilidad de que otro familiar tenga cálculos, igualmente aquellos con trastornos intestinales en personas con obesidad o defectos en los túbulos renales.

El dolor del cólico nefrítico es debido a espasmos musculares causados por la incrustación de una piedra de cristales en el uréter y el dolor se presenta incluso si

el cálculo no da lugar a la obstrucción total del flujo urinario. En caso de obstrucción y aumento de la presión en la luz del túbulo uretral, se estimula la síntesis y liberación de prostaglandinas que inducen el espasmo del músculo liso que forma parte de la pared del uréter.

El cólico renal surge en el 90 por ciento de los casos de un cálculo renal, aunque incluso los pequeños coágulos de sangre y tejido muerto de los riñones incrustados en el uréter o en la vejiga obstaculizan la dirección de la emisión urinaria. El material así incrustado puede inflamar el uréter en uno de los tres de los puntos estrechos del trayecto hacia la vejiga y es la respuesta de la musculatura lisa del uréter lo que ocasiona los espasmos dolorosos.

Los pacientes que nos relataban este tipo de dolencias incidieron sobre todo en que el dolor producido era similar a un martilleo o punzamiento constante.

5 Discusión-Conclusión

A raíz de toda la información obtenida durante nuestra investigación, opinamos que esta dolencia produce uno de los peores cuadros de dolor que puede soportar el cuerpo humano. Es un dolor intenso y agudo que para las personas que lo padecen es similar a una tortura. Un punto en el que opinamos igual que las personas a las que hemos entrevistado es que la cola de caballo es uno de los remedios ideales para solucionar este tipo de problemas y depurar y limpiar el riñón o, dicho de un modo más concreto, expulsar la piedra que produce este cólico poco a poco en pequeñas dosis de arena fina y otra cuestión ideal para mantener el riñón libre de estas dolencias es hidratarse constantemente bebiendo agua. Opinamos que una hidratación constante previene de estos problemas.

6 Bibliografía

- 1-Leslie, Stephen W (mayo de 2007). «Nephrolithiasis: Acute Renal Colic». Infectious Diseases (en inglés). eMedicine.com. Consultado el 20 de marzo de 2009.
- 2- Brunicardi, F. (2006). «Capítulo 39: Urología.». Schartz: Principios de cirugía (8va edición). McGraw-Hill. ISBN 9789701053737.
- Stewart C (1988). «Nephrolithiasis».
- 3-Emerg Med Clin North Am 6: 617-630. www.medlineplus.gov

Capítulo 311

ESTUDIO SOBRE EL COMA MÉDICO

GEMMA REY GUEVARA

MARTA GUEVARA SANCHEZ

LOURDES REY GUEVARA

YASMINA BOUTANAACH ABDELKADER

1 Introducción

En medicina, el coma (del griego κῶμα [kôma], que significa «sueño profundo») es un estado grave de pérdida de consciencia, que puede resultar de una gran variedad de condiciones, incluyendo las intoxicaciones (drogas, alcohol o tóxicos), paro cardiorrespiratorio, anomalías metabólicas (hipoglucemia, hiperglucemias), enfermedades del sistema nervioso central, accidente cerebrovascular (ACV), traumatismo cráneo-encefálico, convulsiones e hipoxia. Las causas metabólicas son las más frecuentes.

El coma es por tanto un síndrome. En la Clasificación internacional de trastornos de la salud (ICD-10) se le asigna la letra R (síntomas y diagnósticos). El coma es una expresión de un fuerte trastorno de las funciones cerebrales y por tanto con peligro de muerte. El desarrollo (pronóstico) del paciente comatoso es dependiente de las enfermedades subyacentes y de la asistencia médica.

El coma es producto de lesiones estructurales del sistema nervioso central, tales como hemorragias, tumores, inflamaciones, edemas, etc. Puede también ser consecuencia de un fallo difuso metabólico o tóxico que afecta a los núcleos de la base, un complejo bosquejo nervioso ubicado a lo largo del tallo cerebral, del cual dependen el estado de alerta y la vida de relación.

Se ha establecido una división de acuerdo a criterios clínicos y corresponde a la reacción a determinados estímulos. Según la clasificación empleada se pueden distinguir de tres a cuatro grados de coma:

Primer grado: reacción selectiva al dolor, movimiento de pupilas inalterado, movimiento de los ojos por estímulo del órgano del equilibrio intacto (vestíbulo-reflejo ocular).

Segundo grado: reacción desordenada al dolor, movimiento en masa, bizcar (movimiento divergente de los ojos).

Tercer grado: sin defensa, solo reflejos fugaces, falta el reflejo vestíbulo-ocular, reacción pupilar debilitada.

Cuarto grado: sin reacción al dolor, sin reacción de las pupilas, ausencia de los demás reflejos de protección.

2 Objetivos

Explicar lo que es el coma, sus grados y todo lo que entraña este estado.

3 Metodología

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

4 Resultados

Los principales resultados obtenidos en este estudio son:

Pronóstico: El coma puede durar de varios días a varias semanas. En los casos más graves de un coma puede durar más de cinco semanas, mientras que algunos han durado varios años. Después de este tiempo, muchos pacientes poco a poco salen del coma, otros progresan a un estado vegetativo, y otros mueren. Algunos pacientes que han entrado en un estado vegetativo pueden recuperar un cierto grado de consciencia. Otros permanecen en un estado vegetativo durante años o incluso décadas (el período más largo registrado es 37 años).[4]

El resultado para el estado de coma y vegetativo depende de la causa, localización, severidad y extensión del daño neurológico. El estado de coma profundo por sí solo no significa necesariamente una oportunidad menor de recuperación, ya que algunas personas en estado de coma profundo se han recuperado normalmente, mientras que otras personas que en apariencia se recuperan bien de un coma más leve a veces dejan de mejorar.

La gente puede salir de un coma con una combinación de dificultades físicas, intelectuales y psicológicas que requieren atención especial. La recuperación generalmente se produce gradualmente, los pacientes adquieren cada vez más habilidad para responder. Algunos pacientes nunca progresan más allá de respuestas muy básicas, pero muchos recuperan la plena consciencia.[5]

La recuperación de la consciencia no es instantánea. Durante los primeros días, los pacientes están despiertos durante solo unos minutos, y la duración del tiempo despierto aumenta gradualmente, a diferencia de la situación, en muchas películas, donde la gente que despierta del coma es inmediatamente capaz de continuar su vida normal.

Las predicciones de recuperación son variables debido a diferentes técnicas utilizadas para medir la magnitud del daño neurológico. Todas las previsiones se basan en las tasas de estadísticas con algún nivel de probabilidad de recuperación actual: una persona con una baja probabilidad de recuperación aún puede despertar. El tiempo es el mejor indicador general de una posibilidad de recuperación. Después de cuatro meses en coma causado por daño cerebral, la posibilidad de recuperación parcial es inferior al 15%, y la posibilidad de una recuperación total es muy baja.

5 Discusión-Conclusión

Por los casos que hemos podido estudiar, observar y documentar, uno de los aspectos más interesantes del coma es el proceso del despertar. Prácticamente es como si volvieras a nacer, volvieras a empezar de cero. Hemos visto como muchos pacientes pasan un proceso parecido a la amnesia, es decir, recordar poco a poco cosas vividas, recordar el pasado... Algunos pacientes lo describen como si estuvieran en un sueño, porque si llegan a ser conscientes aunque sea de manera lejana, de lo que pasa a su alrededor. Otros lo describen como un renacimiento y otros simplemente como un despertar.

El estado del coma nos pareció un estudio muy interesante, teníamos ganas de re-alizarlo y creo que ha merecido la pena su elaboración y publicación, nos encanta

todo lo que hemos aprendido.

6 Bibliografía

1-BAÑOS MAFUD, Daniela (24 de abril de 2019). «Una mujer despierta tras 27 años en coma». El Mundo.

«Copia archivada». Archivado desde el original el 11 de mayo de 2012. Consultado el 9 de septiembre de 2012.

2- Eelco, F. M., Wijdicks, M. D., Coen, A. y Wijdicks, B. S. (2006). «The portrayal of coma in contemporary motion pictures.» *Neurology* 66 (9): 1300–1303. doi:10.1212/01.wnl.0000210497.62202.e9. PMID 16682658. Consultado el 25 de noviembre de 2009. www.clinicamayo.org

Capítulo 312

ANÁLISIS SOBRE LA NEUROCIRUGIA

LOURDES REY GUEVARA

GEMMA REY GUEVARA

MARTA GUEVARA SANCHEZ

YASMINA BOUTANAACH ABDELKADER

1 Introducción

La neurocirugía es la especialidad médica que se encarga del manejo quirúrgico (incluyendo la educación, prevención, diagnóstico, evaluación, tratamiento, cuidados intensivos, y rehabilitación) de determinadas enfermedades del sistema nervioso central, periférico y vegetativo, incluyendo sus estructuras vasculares; la evaluación y el tratamiento de procesos patológicos que modifican la función o la actividad del sistema nervioso, incluyendo la hipófisis y el tratamiento quirúrgico del dolor.

Como tal, la cirugía neurológica abarca el tratamiento quirúrgico, no quirúrgico y estereotáctico de pacientes adultos y pediátricos con determinadas enfermedades del sistema nervioso, tanto del cerebro como de las meninges, la base del cráneo, y de sus vasos sanguíneos, incluyendo el tratamiento quirúrgico y endovascular de procesos patológicos de los vasos intra- y extracraneales que irrigan al cerebro y a la médula espinal; lesiones de la glándula pituitaria; ciertas lesiones de la médula espinal, de las meninges, y de la columna vertebral, incluidos los que pueden requerir el tratamiento mediante fusión, instrumentación, o técnicas endovasculares; y desórdenes de los nervios craneales y espinales todo a lo largo de su distribución.

Las enfermedades neuroquirúrgicas afectan sobre todo al cerebro, médula espinal y desórdenes del nervio periférico.

Las enfermedades tratadas por los neurocirujanos incluyen:

Enfermedades del disco intervertebral de la columna vertebral

Enfermedades degenerativas causantes de lesiones compresivas de la médula y/o raíces nerviosas (mielopatía cervical espondilótica, canal estrecho lumbar)

Enfermedades de la circulación del líquido cefalorraquídeo: (hidrocefalia)

2 Objetivos

Conocer todos los campos y posibilidades que abarca la neurocirugía y las soluciones que puede tener una operación de este calibre para los pacientes que se sometan a ella.

3 Metodología

Para la realización del siguiente capítulo hemos consultado fuentes y ensayos que hablan sobre experiencias y aspectos fundamentales de la neurocirugía y, tras un arduo camino para poder contactar con un profesional de esta rama, logramos realizar un par de entrevistas con dos profesionales, los cuales nos aportaron datos muy interesantes sobre esta especialidad sanitaria.

También 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

Los principales resultados que hemos obtenido de cara a esta rama sanitaria son: Las sub especialidades que tienen, las cuales son Después de años de entrenamiento y concluir la especialidad en neurocirugía; el neurocirujano continua su educación durante uno, dos, o más años dependiendo de la sub-especialidad.

Cirugía de Columna

Neurocirugía de Base de Cráneo

Neurocirugía Pediátrica
Neurocirugía Oncológica
Neurocirugía Funcional y Estereotaxia
Neurocirugía Vascular
Terapia Endovascular Neurológica.

Asimismo, ponemos a disposición del lector las principales referencias históricas sobre esta ciencia:

Las primeras descripciones de la morfología craneal fueron reportadas por Heródoto de Halicarnaso (484-425 AC), quien describió diferencias en el grosor del cráneo entre los Egipcios y los Persas. Heródoto creía que situaciones ambientales eran la causa de la diferencia en el grosor craneal. En el tratado Hipocrático, Sobre las Heridas de la Cabeza (Hipócrates o uno de sus alumnos) describió detalladamente la variación significativa en el grosor de la bóveda y en la morfología de las suturas craneales. Hipócrates, en su obra "Aires, aguas y lugares", señala que cerca de Palus Mocotide, habitaba un pueblo que tenía la original costumbre de comprimir a los niños la cabeza hasta darle una forma alargada. Más tarde, Galeno de Pergamo (130-200), y después Andreas Vesalio (1514-1564) reconocieron las diferencias en la morfología del cráneo humano y las suturas craneales. Y, asociaron ciertas características del cráneo con entidades clínico-patológicas (en la actualidad reconocidas como hidrocefalia o craneosinostosis. Sobre las Heridas de la Cabeza, es el primer texto científico que intenta presentar el manejo de las lesiones de la cabeza en una forma completa y sistemática. Los primeros dos capítulos del texto enfatizan la importancia del conocimiento de la anatomía humana (específicamente del cráneo) para comprender las lesiones craneales.

Trepanación (ανατρησις) es el proceso por el cual se perfora un agujero en el cráneo para propósitos médicos y/o místicos. La palabra se origina del griego τρυπανον que significa perforar, taladrar, abrir.

5 Discusión-Conclusión

La conclusión principal que obtenemos tras realizar este capítulo es la cirugía neurológica abarca el tratamiento quirúrgico, no quirúrgico y estereotáctico de pacientes adultos y pediátricos con determinadas enfermedades del sistema nervioso, tanto del cerebro como de las meninges, la base del cráneo, y de sus vasos sanguíneos, incluyendo el tratamiento quirúrgico y endovascular de procesos patológicos de los vasos intra- y extracraneales que irrigan al cerebro y a

la médula espinal; lesiones de la glándula pituitaria; ciertas lesiones de la médula espinal, de las meninges, y de la columna vertebral, incluidos los que pueden requerir el tratamiento mediante fusión, instrumentación, o técnicas endovasculares; y desórdenes de los nervios craneales y espinales todo a lo largo de su distribución.

6 Bibliografía

Sociedad española de Neurocirugía www.clinicamayo.org
www.medlineplus.gov

Capítulo 313

ESTUDIO SOBRE EL ACNÉ

MARTA GUEVARA SANCHEZ

LOURDES REY GUEVARA

GEMMA REY GUEVARA

YASMINA BOUTANAACH ABDELKADER

1 Introducción

El acné, también conocido como acné común o acné vulgar (*acne vulgaris*), es una enfermedad crónica inflamatoria de la piel que involucra las unidades pilosebáceas (foliculo piloso y glándulas sebáceas), caracterizada por la formación de comedones, pápulas, pústulas, nódulos y cicatrices, que aparecen principalmente en la cara, parte superior del tronco y en ocasiones extremidades.

Originalmente, de acuerdo con Aristóteles, los médicos griegos antiguos ocupaban el término ἰονθοί (*Ionthoi*) para referirse al acné. Hipócrates también utilizaba el término, aunque no explica su origen. La palabra se relacionaba con el concepto de «pubertad», puesto que el significado del singular ἰονθος es «primer crecimiento de la barba».

Los antiguos médicos romanos llamaban *varus* al acné, mencionado por Plinio el Viejo y Celso.

Hasta el siglo II d. C., la palabra griega ἀκμή (*acmé*), significaba la «magnitud de una enfermedad» o una «crisis febril». En ese siglo el concepto se aplicó al momento de «culminar el crecimiento», es decir a la pubertad, por lo que su

significado se asociaba al de ἰονθοί, de acuerdo con los estudios de Julio Pólux. En el siglo III d. C., Cassius explica que debido a la ocurrencia de la enfermedad en la pubertad, esto es en el ἄκμή, la gente la llamaba ἄκμάς.

2 Objetivos

- Exponer información sobre el campo de la dermatología.
- Definir los factores diversos que influyen en el tratamiento del acné.

3 Metodología

Para la realización de este capítulo hemos consultado fuentes relacionados con la dermatología y hemos entrevistado a profesionales que se dedican a pasar consulta y a tratar casos relacionados con el acné. Asimismo, hemos encontrado una abundante bibliografía y múltiples fuentes que han sido muy necesarias para terminar de cimentar este estudio.

Asimismo, 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

El acné es una enfermedad extendida por todo el mundo, que afecta principalmente a individuos entre 12 y 24 años, siendo la enfermedad más común entre la gente joven. El 85% de los adolescentes se ve afectado por esta condición, algunos manteniéndola durante su vida adulta. En los mayores de 20 años, la enfermedad es más prevalente en el grupo de mujeres. Un análisis más exhaustivo de la epidemiología general de la enfermedad, demuestra que la incidencia de la enfermedad predomina en edades más tempranas (entre el nacimiento y los 11 años), de tal forma que sólo un 36,5% de los casos comienza en la adolescencia. La presentación típica del acné es la aparición de comedones abiertos y cerrados en la cara. Posteriormente pueden agregarse lesiones inflamatorias como pápulas o pústulas. Al sanar, las lesiones pueden dejar cicatrices o zonas despigmentadas o hiperpigmentadas. A continuación, se lista el tipo de lesiones que podemos encontrar en el acné:

No inflamatorias

Comedones o espinillas.

Abiertos o puntos negros.

Cerrados o puntos blancos.

Inflamatorias

Superficiales

Pápulas eritematosas

Pústulas

Profundas

Nódulos

Quistes

Abscesos

Cicatrices

Por exceso de colágeno

Cicatrices hipertróficas

Queloides

Por defecto de colágeno

Cicatrices puntiformes

Cicatrices fibróticas

Cicatrices blandas

Atrofia muscular anetodérmica.

A menudo, el acné grave deja cicatrices por donde la piel crece de una forma volcánica. Estas cicatrices son difíciles de tratar y además no es usual que consigan quitarse por completo con éxito. En esos casos puede recurrir al conocido como tratamiento de cicatrices.

Para las manchas rojas, y algunas veces posteriormente oscuras, se suele tratar mediante exfoliantes químicos que logran descamar la piel renovando las capas exteriores de la dermis y epidermis que al regenerarse lo hará de color uniforme. Un paciente con secuelas marcadas suele eliminar estas manchas casi por completo, mientras que las cicatrices no se eliminan tan exitosamente. Un método de tratamiento adecuado para este fin es la terapia con la hipertermia de contacto, que permite introducir productos cosméticos regeneradores y activar la mitosis cutánea, para eliminar las secuelas del acné.

5 Discusión-Conclusión

La conclusión principal a la que hemos llegado es que el tratamiento del acné depende de la extensión e intensidad de la enfermedad, de la producción de cicatrices, de factores del paciente como su edad, estado hormonal y características de la piel y, por último, de la historia de la respuesta clínica del paciente a las distintas opciones de tratamiento, así como de las secuelas psicológicas e impacto en su calidad de vida.

En términos generales el acné suele ser autolimitado en el 60% de los casos y responde a terapias combinadas seguidas de tratamiento tópico. En un 40% de los casos el acné es crónico, y, cual sea su gravedad, puede prolongarse hasta por más de 12 años, requiriendo tratamiento permanente. La mayoría de estos casos se beneficia con isotretinoína oral.

6 Bibliografía

Nueva Enciclopedia Interactiva Estudiantil. Edituorial Cultural S.A. 2004. ISBN 84-8055-602-1.

James W (7 de abril de 2005). «Clinical practice. Acne.». *N Engl J Med* 352 (14): 1463-72. PMID 15814882.

Webster G (31 de agosto de 2002). «Acne vulgaris.». *BMJ* 325 (7362): 475-479. PMID 12202330.

Carey, Charles y colab. "Manual Washington de Terapéutica Médica". Editado por Masson SA. Décima edición en español, 1999. Barcelona, España. www.medlineplus.gov

Capítulo 314

ESTUDIO SOBRE LA DERMATITIS ATÓPICA

MARTA GUEVARA SANCHEZ

LOURDES REY GUEVARA

GEMMA REY GUEVARA

YASMINA BOUTANAACH ABDELKADER

1 Introducción

La dermatitis atópica es una enfermedad inflamatoria crónica recidivante de la piel, intensamente pruriginosa, que afecta fundamentalmente las superficies flexoras de codos y rodillas, el cuero cabelludo, la cara y el torso. Se presenta a menudo en familias con enfermedades atópicas (dermatitis atópica, asma bronquial y/o rinoconjuntivitis alérgica). Es una de las enfermedades cutáneas más frecuentes.

No se conoce su causa exacta, pero se cree que están involucrados factores genéticos, disfunciones del sistema inmunitario, factores ambientales y alteraciones en la permeabilidad de la piel. Con frecuencia se comete el error de atribuirla a los "nervios" o al "estrés". Las personas con dermatitis atópica a menudo tienen antecedentes de condiciones alérgicas como asma, fiebre del heno o eccema o presentan pruebas alérgicas cutáneas positivas, pero esta enfermedad no es causada por una alergia.

La dermatitis atópica es ubicua, afecta a todas las razas y existe en todos los países. Según estudios, su prevalencia en la población general es entre el 2-5 % y

alrededor del 15 % en niños y jóvenes. Se han reportado cifras de hasta el 20 % en países como Estados Unidos y su incidencia en todo el mundo va en aumento.

Esta enfermedad se inicia antes del primer año de la vida en más de 60 % de los pacientes, la frecuencia descende con la edad hacia los 12 años en que apenas el 5 % de los pacientes la han visto iniciarse. El inicio en la edad adulta es muy poco común.

2 Objetivos

- Definir las especializaciones que abarca la dermatología.
- Exponer los principales casos clínicos que se dan en dicha rama, con especial hincapié en la dermatitis atópica.

3 Metodología

Para realizar este capítulo hemos seguido consultando fuentes relacionadas con la dermatología y en las entrevistas realizadas a profesionales de este sector hemos podido ver y obtener datos acerca de esta patología, los cuales han terminado de cimentarse con la bibliografía que hemos encontrado sobre este tema. Asimismo, 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

Existen diversas hipótesis para intentar explicar las causas de la aparición de la dermatitis atópica.

Teoría genética Editar

En un 50 a 70 % de los pacientes con dermatitis atópica existen antecedentes de atopía personal o familiar. La atopía puede manifestarse como rinitis alérgica, conjuntivitis alérgica, asma bronquial, urticaria o como dermatitis atópica. Se ha propuesto una herencia autosómica dominante con expresividad variable. Se sabe que si uno de los padres es atópico hay una probabilidad de 60 % de ser atópico y de 80 % si ambos progenitores son atópicos. No se ha determinado un HLA específico, sin embargo, se ha visto relación con un defecto en el cromosoma

11q13 encargado de codificar una variante de la subunidad beta de alta afinidad receptora en la IgE (FcER-1-beta), además de que es probable que existe una alteración genética en las proteínas de la membrana del monocito atópico el cual funciona aumentando la producción de fosfodiesterasas y prostaglandina E-2, lo que sirve para explicar parte de la patogenia en la dermatitis atópica.

En los pacientes que desarrollan enfermedades alérgicas se han encontrado más de 20 genes relacionados, existiendo particular interés en el cromosoma 5q 31-33, que tiene por función codificar una familia de genes de citoquinas: IL-3 al 5, IL-13 y GM-CSF, que están expresados por los linfocitos TH2.

Aunque se ha encontrado una relación genética con la DA, esta teoría no puede explicar el aumento exponencial en el número de caso en los últimos 30 años. Por lo tanto solo explica una predisposición a padecer una enfermedad de la cual todavía se desconocen las causas reales.

Teoría infecciosa Editar

Aproximadamente el 90 % de los pacientes con lesiones intensas o en fase eczematosa presenta un aumento en el número de colonias de la bacteria *S. Aureus*, cuyas toxinas contribuyen al empeoramiento del cuadro clínico. Alrededor de un 57 % de los pacientes presenta una reacción de tipo IgE frente esta bacteria, lo que provoca aumento del picor y empeoramiento de las lesiones. Asimismo, entre un 15 y 65 % de los pacientes presenta reacción del tipo IgE frente a *P. Ovale*.

5 Discusión-Conclusión

El eccema es más común en los niños y mayores de edad, al menos la mitad de estos casos se resuelven a la edad de 36 meses. La dermatitis atópica suele retirarse a partir de la adolescencia.

En la piel se presenta una reacción por hipersensibilidad (similar a la alergia), la cual produce una inflamación crónica que ocasiona picazón y descamación. El rascado y la irritación crónica hacen que la piel se vuelva gruesa y adquiera una textura como la del cuero.

Es muy común que se produzca en las coyunturas de los brazos y piernas, así como también en el cuello.

6 Bibliografía

Dr. Luciano Domínguez-Soto, Dr. Amado Saúl Cano, Dermatitis atópica o neuro-dermatitis diseminada, Dermatología, Parte C, Libro 3 www.clinicamayo.org

Capítulo 315

ESTUDIO SOBRE LA ISOTRETINOÍNA

LOURDES REY GUEVARA

GEMMA REY GUEVARA

YASMINA BOUTANAACH ABDELKADER

MARTA GUEVARA SANCHEZ

1 Introducción

La isotretinoína, DCI, es un fármaco usado mayoritariamente para el acné severo o quístico, pero también se emplea para una serie de cánceres y algunas condiciones severas de la piel. Fue primeramente desarrollada como medicamento de quimioterapia para el tratamiento de cáncer de cerebro, cáncer pancreático, y otros cánceres. Todavía se utiliza en el tratamiento de los cánceres debido a su habilidad para matar células de división rápida. Sus efectos son sistémicos y no selectivos. En algunos casos, la isotretinoína es usada para tratar la ictiosis arlequín, una enfermedad usualmente letal, y la ictiosis lamelar. La isotretinoína es un retinoide, significando que es un derivado de la vitamina A, y se encuentra en pequeñas cantidades naturales en el cuerpo.

El efecto secundario más conocido de la isotretinoína es que actúa como un teratógeno severo. Esto está relacionado con la gran semejanza de la molécula al ácido retinoico, un derivado natural de la vitamina A que controla el desarrollo embrionario normal. El potencial de la isotretinoína de causar graves efectos secundarios ha resultado en un conjunto de regulaciones gubernamentales y restricciones de las empresas farmacéuticas que hacen a la isotretinoína uno de los fármacos más difíciles de obtener.

La isotretinoína oral está etiquetada bajo varios nombres comerciales, los más conocidos siendo Roaccutane o Roaccutan (Hoffman-La Roche, conocido en los Estados Unidos como Accutane).

2 Objetivos

Conocer las principales características de la isotretinoína como tratamiento para el acné.

3 Metodología

Para poder llevar a cabo y realizar este artículo, hemos entrevistado a dermatólogos que hayan aplicado a sus pacientes de acné este tratamiento y hemos entrevistado a pacientes que se han tratado con este fármaco.

Asimismo, 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

La isotretinoína es usada en el acné más severo, y en el acné que haya fracasado con otros tratamientos. El tratamiento usualmente empieza con medicación tópica (por ejemplo, peróxido de benzoílo o adapalene), seguido por antibióticos orales (o una combinación) y finalmente la isotretinoína como último recurso, debido a sus efectos secundarios y costo.

Indicaciones

La indicación principal de la isotretinoína es para el tratamiento del acné vulgaris quístico severo. Muchos dermatólogos también apoyan su uso para el tratamiento de acné menos severo que sean resistentes a otros tratamientos, o que produzcan cicatrices físicas o psicológicas.

También es algo eficaz para la hidradenitis supurativa y en algunos casos de acné rosácea severo. También puede ser usada para ayudar a tratar la ictiosis arlequín, ictiosis lamelar y es usada en casos de xerodermia pigmentosa para aliviar la

queratosis. La isotretinoína también ha sido usada para tratar la condición extremadamente rara fibrodisplasia osificante progresiva. También es usada en el tratamiento de neuroblastomas, una forma de cáncer nervioso.

Restricciones de prescripción

En España y en el Reino Unido, este medicamento puede ser prescrito únicamente por un dermatólogo. Debido a que el acné quístico severo tiene el potencial de causar cicatrices permanente en un período corto, las restricciones en su disponibilidad más inmediata ha sido polémica. Restricciones similares son comunes en la mayoría de los estados australianos - en Nueva Gales del Sur y Victoria, por ejemplo, el prescriptor debe ser Miembro del Colegio de Dermatólogos de Australasia (Fellow of the Australasian College of Dermatologists) (FACD).[6] En Nueva Zelanda, la isotretinoína puede ser prescrita por cualquier doctor, pero es subsidiado solo si está prescrito por un médico de cabecera profesionalmente registrado o un dermatólogo.

5 Discusión-Conclusión

La conclusión principal sobre este estudio es que desde el 1 de marzo de 2006, la dispensación de la isotretinoína en los Estados Unidos es controlada por una página web de la FDA llamada iPLEDGE: los dermatólogos están obligados a registrar a sus pacientes antes de recetar, y los farmacéutas están obligados a consultar la página web antes de dispensar el fármaco. La receta no puede ser dispensada hasta que ambas partes hayan cumplido. Un médico no puede prescribir más de 30 días de suministro. Una receta nueva no puede ser escrita al menos tras 30 días después. Las farmacias también están sometidas a restricciones similares. También hay un periodo de siete días entre el momento de escribir la receta y el tiempo en que el medicamento puede ser recogido en la farmacia. Si la receta original se pierde, o no retira el medicamento dentro del «periodo de recogida», el paciente se debe recalificar para obtener otra receta. Los médicos y los farmacéuticos también deben verificar las recetas emitidas en línea, antes de que los pacientes puedan rellenar la prescripción. Debido a sus efectos teratogénicos, las mujeres con el potencial de tener hijos deben comprometerse a usar dos métodos anticonceptivos simultáneamente durante la duración del tratamiento con isotretinoína, así como para el mes inmediatamente anterior y el mes inmediatamente después de la terapia.

6 Bibliografia

Rossi S (2006). Australian medicines handbook 2006. Adelaide, S. Aust: Australian Medicines Handbook Pty Ltd. ISBN 0-9757919-2-3.

Klasco RK, editor. Drugdex system, vol. 128. Greenwood Village (CO): Thomson Micromedex; 2006.

Strauss, J; Krowchuk, D; Leyden, J; Lucky, A; Shalita, A; Siegfried, E; Thiboutot, D; Vanvoorhees, A et al. (2007). «Guidelines of care for acne vulgaris management». Journal of the American Academy of Dermatology 56 (4): 651-663. PMID 17276540. doi:10.1016/j.jaad.2006.08.048.

Joint Formulary Committee. British National Formulary. 47th ed. London: British Medical Association and Royal Pharmaceutical Society of Great Britain. ISBN 0-85369-584-9. www.clinicamayo.org

Capítulo 316

LA PANDEMIA 2020 Y EL CELADOR EN LOS CENTROS HOSPITALARIOS

FRANCISCA LEMUS MORENO

SANDALIO SOLER DOCON

MARIA DEL CARMEN LOPEZ-ANTONA MOLERO

JORGE SANCHEZ GUTIERREZ

TOMÁS FERNÁNDEZ MUÑOZ

1 Introducción

El 11 de marzo de 2021, la Organización Mundial de la Salud, elevó a pandemia internacional la crisis causada por el coronavirus, decretándose en España el estado de alarma el 14 de marzo. Los centros hospitalarios desde entonces han modificado sus planes de actuación y protocolos, donde el celador tiene un papel fundamental como auxiliar multidisciplinar.

El rostro del celador es lo primero que ven los pacientes que acuden a un hospital con síntomas de COVID-19. El celador acompañan habitualmente el camino que las personas afectadas recorren en un centro hospitalario para combatir la enfermedad. Sin embargo se les considera en esta crisis sanitaria profesionales de "exposición de bajo riesgo" lo que ha destapado las carencias de la Ley 55/2003, de 16 de diciembre, del Estatuto Marco del personal estatutario de los servicios de salud.

Actualmente y debido a la situación generada por la crisis del COVID-19, las visitas a los centros hospitalarios han cambiado, de manera que se han de realizar concertando una cita telefónica y siguiendo minuciosamente las obligaciones dictadas. Es por tanto el celador quien tiene la obligación de vigilar que se lleven a cabo todos estos cumplimientos de forma correcta.

El celador llevará un control presencial y un registro de toda persona externa al centro.

2 Objetivos

Analizar el papel del celador en un centro sanitario como primer filtro con los pacientes ante la pandemia actual por coronavirus.

3 Metodología

Por un lado, se ha llevado a cabo una revisión bibliográfica de la literatura científica disponible sobre el caso que nos ocupa, tanto en repositorios de bases de documentación científica online como a través de la consulta de manuales y otros contenidos. Por otro lado, se ha recurrido a la experiencia laboral del autor.

4 Resultados

Aunque no exista un dato cuantitativo, es evidente que los celadores, por la gran diversidad de funciones que realizan, están resultando un colectivo en particular muy vulnerable y, como mínimo, parece sorprendente que en el "Procedimiento de actuación para los servicios de prevención de riesgos laborales frente al SarsCoV-2 de 8 de Junio de 2020" se consideren profesionales de "exposición de bajo riesgo".

El celador orienta y recibe a los pacientes a su llegada al servicio de urgencia de un hospital. Entre sus funciones figuran movilizar al paciente, en camilla o silla de ruedas, así como cambiarlo de camilla de la ambulancia a la cama del servicio de urgencias.

Siguiendo las indicaciones de enfermería o medicina, ayuda en los cambios posturales que necesite el enfermo así como trasladar al paciente para la realización de diferentes pruebas diagnósticas a habitación de planta si queda hospitalizado y si deriva en fallecimiento en quien se encarga del traslado del cadáver al mortuario.

Está claro que trabajan casi siempre a escasos centímetros del paciente y en los peores momentos de la pandemia con escasez de material se encontraron bastante desprotegidos al considerarse personal de "exposición de bajo riesgo" apenas contaron con una mascarilla quirúrgica.

Los celadores públicamente manifestaron que se han sentido como los grandes olvidados de esta crisis sanitaria sin precedentes. En consecuencia se han iniciado una movilización para tratar de cambiar las cosas.

El número de profesionales con positivo por COVID-19 no cesa. A día de hoy separar el total por categorías profesionales es imposible porque según fuentes oficiales, esa información no figura "en la base de datos SIVIES, que tramita el Centro Nacional de Epidemiología del Instituto Carlos III, y que recibe los datos remitidos por las Comunidades Autónomas como parte de la Red Nacional de Vigilancia".

5 Discusión-Conclusión

El conocimiento de todos los protocolos actuales por parte del personal no sanitario y en concreto, de los celadores, es imprescindible para asegurar el buen funcionamiento de los centros sanitarios y afianzar la seguridad de pacientes y trabajadores.

Las restricciones de las visitas a los centros hospitalarios y el salvoconducto de que se tomen las medidas preventivas referentes a la entrada de estos, está siendo esencial para tener en poco los riesgos de contagio con el virus.

El celador llevará un registro de entrada de acceso de personas en el que anotará nombre y apellidos hora de entrada y salida, empresa a la que pertenece y otros datos de interés, que deberá firmar la visita y comprometerse al cumplimiento de las normas de seguridad.

6 Bibliografía

- 1-Portal de salud de Principado de Asturias <https://www.astursalud.es/>
- 2- Sociedad española de atención al usuario de la sanidad <https://www.xdzux.ndg>
- 3- OMS/directrices SARS-COV-2
- 4- Informe sobre la situación de COVID-19 en personal sanitario en España a 04 de mayo de 2020. Equipo COVID-19. RENAVE. CNE.CNM (ISCIII).

Capítulo 317

LA ATENCIÓN HOSPITALARIA EN EL MOMENTO DEL PARTO CON CORONAVIRUS (COVID-19) Y LA COLABORACIÓN DEL CELADOR

FRANCISCA LEMUS MORENO

SANDALIO SOLER DOCON

MARIA DEL CARMEN LOPEZ-ANTONA MOLERO

JORGE SANCHEZ GUTIERREZ

TOMÁS FERNÁNDEZ MUÑOZ

1 Introducción

El brote de COVID-19 está aumentando rápidamente en número de casos, muertes y países afectados, y las mujeres embarazadas necesitan cuidados especiales en relación con el diagnóstico, manejo y prevención. Es fundamental que a las mujeres embarazadas no se les nieguen intervenciones que puedan salvar vidas en el contexto de una amenaza de enfermedad infecciosa grave, a menos que exista una razón de peso para excluirlas. Los sistemas de vigilancia de los casos de

COVID-19 deben incluir información sobre el estado del embarazo, así como los resultados maternos y fetales. Es importante estar atento a la propagación de la

enfermedad y poder implementar rápidamente las medidas de control y gestión de brotes una vez que el virus llega a la comunidad. Por lo tanto, este estudio fue diseñado para mejorar la calidad de la atención de los sanitarios a través de lo que necesitan saber sobre el coronavirus durante el embarazo y el parto.

El COVID-19 no debe influir en el modo de parto si la situación respiratoria de la madre requiere un parto de emergencia. La madre infectada que tiene un trabajo de parto espontáneo podría recibir la aprobación para que dé a luz por vía vaginal. Puede considerarse la posibilidad de acortar la segunda etapa mediante un parto vaginal eficaz mediante pujos activos, ya que el uso de una mascarilla filtrada puede resultar difícil para la madre.

En el estudio de Lui, el 50% de las mujeres embarazadas dieron a luz mediante cesárea de emergencia debido a morbilidades maternas como sufrimiento fetal, rotura prematura de la membrana, muerte fetal intrauterina y 46% de trabajo de parto prematuro entre las 32 y 36 semanas. Para las madres exhaustas o hipóxicas, se debe tomar una decisión individualizada con respecto a acortar la duración de la segunda etapa del trabajo de parto con el parto instrumental. En particular, la incertidumbre sobre el riesgo de transmisión de madre a hijo por parto vaginal fue otro motivo para realizar cesáreas. La falta de evidencia de infecciones de transmisión vertical que pueden ocurrir durante el parto vaginal es una preocupación encomiable.

2 Objetivos

- Mostrar las diferentes consecuencias que se pueden sufrir en el ámbito obstétrico derivado del COVID-19.
- Revisar las recomendaciones que aplican a todos los sanitarios hospitalarios para el tratamiento de la madre con COVID-19 sospechado o confirmado.

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 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

Recomendaciones, para el sanitario de atención médica y no sanitarios, durante el parto:

Las recomendaciones siguientes se aplican a todos los sanitarios hospitalarios para el tratamiento de la madre con COVID-19 sospechado o confirmado:

- La madre infectada debe ser ingresada en una sala de aislamiento con presión negativa en una unidad de cuidados intensivos (UCI).
- Todos los proveedores de atención médica hospitalaria deben tener máscara de gas, pantalla protectora facial, gafas, guantes quirúrgicos y bata para atender casos confirmados de COVID-19.
- Se debe informar a las mujeres para que utilicen el transporte privado en lugar del transporte público y, si se requiere una ambulancia, la madre debe estar en cuarentena por posible COVID-19.
- Las mujeres deben ser conscientes de que se debe alertar a una partera a su asistencia antes de ingresar al hospital.
- Las mujeres deben usar una mascarilla quirúrgica adecuada y no deben quitarse hasta que la mujer esté aislada en una habitación adecuada.
- Las mujeres deben ser guiadas directamente a una sala de aislamiento, solo el personal esencial debe ingresar a la sala y las visitas deben mantenerse al mínimo.
- Todas las habitaciones de la madre que se utilicen deberán lavarse después de su uso según las directrices de esterilización del hospital.
- Los proveedores de atención médica deben notificar de inmediato al personal de control de infecciones en sus unidades sobre la futura madre que ha confirmado COVID-19.
- Los proveedores de atención médica deben asegurarse de que la madre pueda cumplir los requisitos de control de infecciones.
- Los proveedores de obstetricia deben obtener un historial de viajes detallado de todos los pacientes y definitivamente deben preguntar sobre los viajes en los últimos 14 días a áreas comunes de COVID-19.
- Para la recolección de muestras con torunda nasofaríngea de COVID-19, todos los sanitarios deben usar un respirador purificador de aire motorizado.
- Se recomienda ejercicio para reducir la ansiedad, la depresión y el estado de ánimo negativo durante este brote de enfermedad para los sanitarios con la cuarentena prolongada.
- Es obligatorio para todos los profesionales sanitarios que la autoprotección, el autocuidado y la higiene de las manos sean importantes.

- La unidad obstétrica debe estar equipada con instrumentos reutilizables y lavables a máquina que puedan desinfectarse fácilmente.

5 Discusión-Conclusión

Es necesario priorizar la mejora de la calidad de la atención durante el embarazo y el parto, así como la educación, el apoyo y la capacitación de los proveedores de atención médica en el control de la epidemia de infecciones. Todos los países involucrados con la epidemia del virus deben publicar sus datos de investigación y recomendaciones clínicas como base para la atención futura hasta que las pautas evolucionen a medida que se disponga de más datos y se acumule experiencia. Compartir datos puede ayudar a los países que probablemente se verán afectados por la epidemia del virus en el futuro a prevenir las complicaciones maternas y neonatales asociadas con el COVID-19.

6 Bibliografía

1. Rasmussen SA , Smulian JC , Lednický JA y col. Enfermedad por coronavirus 2019 (COVID-19) y embarazo: lo que los obstetras deben saber . Soy J Obstet Gynecol. 2020; 222 (5): 415 - 426
2. Yang H , Wang C , Poon L . Infección por nuevo coronavirus y embarazo . Ultrasonido Obstet Gynecol. 2020 ; 55 (4): 435 – 437.
3. Liu Y , Chen H , Tang K y col. Manifestaciones clínicas y resultado de la infección por SARS-CoV-2 durante el embarazo . J Infect. 2020; pii: S0163-4453 (20) 30109-2. DOI: 10.1016 / j.jinf.2020.02.028
4. (RCOG) RCoOG. Infección por coronavirus (COVID-19) en el embarazo, información para profesionales de la salud; 2020.
5. Liu W , Wang Q , Zhang Q y col. Enfermedad por coronavirus 2019 (COVID-19) durante el embarazo: una serie de casos. 2020 . 202002.0373.v1.
6. Schwartz DA , Graham AL . Posibles resultados maternos e infantiles del coronavirus (Wuhan) 2019-nCoV que infecta a mujeres embarazadas: lecciones del SARS, MERS y otras infecciones por coronavirus humano . Virus. 2020 ; 12 (2): 194.
7. La L . Comprensiones emergentes de 2019-nCoV . Lancet (Londres, Inglaterra). 2020 ; 395 (10221): 311.
8. Chua MSQ , Lee JCS , Sulaiman S , et al. Desde la vanguardia de COVID-19: qué tan preparados estamos como obstetras: un comentario . BJOG. 2020. DOI: 10.1111 / 1471-0528.16192

Capítulo 318

LA UNIDAD DE SALUD MENTAL DE LOS HOSPITALES Y LAS FUNCIONES DEL CELADOR

FRANCISCA LEMUS MORENO

SANDALIO SOLER DOCON

MARIA DEL CARMEN LOPEZ-ANTONA MOLERO

JORGE SANCHEZ GUTIERREZ

TOMÁS FERNÁNDEZ MUÑOZ

1 Introducción

En este capítulo vamos a hablar de las funciones del celador dentro de un área de salud mental.

El celador debe de realizar su trabajo que en muchos aspectos es el mismo que en cualquier otro lugar donde se desarrolle, pero dado que trabaja con enfermos de carácter psiquiátrico, tiene algunas especificaciones que debemos conocer, ya que si no no podríamos realizarlo bien.

Algunos enfermos psiquiátricos tienen disminuidas sus capacidades mentales, por lo que su comportamiento y sus reacciones pueden verse afectadas y reaccionar de manera inesperada en cualquier momento, pudiendo incluso causar riesgo o lesión a su integridad física, a la de otros pacientes o al personal que los está tratando.

Por ese motivo el celador debe de conocer cuáles son esas enfermedades, cuál en la mejor manera de dirigirse a cada paciente dependiendo de su enfermedad y como actuar en caso de que se ponga agresivo para de esa manera poder efectuar mejor su trabajo y minimizar los riesgos. Vamos a ver cuáles son sus funciones y cómo debe de actuar, qué tipos de contenciones hay y cómo se deben de colocar. Es muy importante conocer todo esto, ya que son pacientes inestables emocionalmente y requieren unos cuidados especiales.

2 Objetivos

- Definir salud mental y las principales enfermedades mentales.
- Conocer las funciones del celador en salud mental.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo se ha realizado una revisión bibliográfica 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 y diferentes páginas web.

4 Resultados

SALUD MENTAL.

La salud mental se define como un estado de bienestar en el cual una persona es consciente de sus propias capacidades, puede afrontar las situaciones cotidianas, puede trabajar de manera correcta y es capaz de vivir en sociedad y relacionarse con los demás.

La OMS (Organización Mundial de la Salud), en 1948, define salud como un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades. Englobando en este concepto a la salud mental.

Entendemos por PSIQUIATRÍA, la rama de la medicina que tiene por objeto el estudio, diagnóstico, tratamiento y prevención de las enfermedades mentales.

La psiquiatría trata ciertos trastornos de la personalidad y la conducta y también trata de evitar y poner remedio a ciertas variantes psíquicas anormales como la Psicosis y la Neurosis.

- Neurosis: Trastorno psíquico donde la persona conserva el juicio de la realidad, se da cuenta de su problema, es consciente de su enfermedad y solicita ayuda

psicológica o psiquiátrica. En este grupo se encuentran los trastornos depresivos, trastornos de ansiedad, trastornos disociativos, trastornos de personalidad, la depresión, las fobias, el síndrome de Burnout, el síndrome de pánico, etc.

- Psicosis. Enfermedad mental grave caracterizada por la deformación de la realidad. Las personas que padecen este tipo de enfermedad o trastorno necesitan tratamiento psiquiátrico y algunas de ellas también internamiento. Las más características son la esquizofrenia y el trastorno de afecto bipolar.

ESQUIZOFRENIA:

Trastorno mental grave caracterizado por una distorsión del pensamiento, las percepciones, las emociones, el lenguaje, la conciencia de sí mismo y la conducta. Existencia de delirios y alucinaciones como oír voces, etc. afectando el desempeño educativo y laboral.

DEMENCIA:

Síndrome, generalmente de origen crónico o progresivo, que se caracteriza por el deterioro de la función cognitiva, es decir, la capacidad para procesar el pensamiento y que suele ir acompañado de una disminución del control emocional, el comportamiento social o la estimulación. La demencia afecta a la memoria, el pensamiento, la orientación, la comprensión, el cálculo, la capacidad de aprendizaje, el lenguaje y el juicio. Las personas con demencia tienen dificultad para llevar a cabo las tareas cotidianas, tienen dificultad con las palabras y los números, se sienten intrusos en su propia casa, su entorno familiar no lo reconocen, pérdida de memoria y presentan cambios en el humor y en el comportamiento. Aunque la demencia está asociada a la edad, no constituye una consecuencia normal del envejecimiento.

DEPRESIÓN:

Trastorno mental asociado a un trastorno de ansiedad, caracterizado por la presencia de tristeza, pérdida de interés o placer, sentimiento de culpa o falta de autoestima, trastornos del sueño, sensación de cansancio, falta de concentración, trastorno alimentario. La depresión dificulta la práctica de la vida diaria, afectando a la capacidad de trabajo, del estudio, de la productividad, etc, llegando a empujar al suicidio en situaciones de depresión grave y que afecta a personas de todas las edades y condiciones sociales.

TRASTORNO AFECTIVO BIPOLAR:

Trastorno caracterizado por la alternancia de episodios maníacos y depresivos con periodos de estado de ánimo normal. Los episodios de manía se caracterizan por un estado de ánimo exaltado, existencia de hiperactividad, autoestima elevada, verborrea, falta de sueño.

TRASTORNOS DEL DESARROLLO:

Suelen aparecer en la infancia y pueden perdurar hasta la edad adulta. Son un conjunto de alteraciones del comportamiento social caracterizados por retrasos en diferentes áreas del desarrollo (sonreír, sentarse, comer, caminar, hablar, leer, escribir, etc.) dificultando la realización de las actividades normales diarias correspondientes a su edad.

Los recursos asistenciales sanitarios para un enfermo mental pueden ser de dos tipos:

1. Dispositivos sanitarios.

- Centro de salud. Forma de acceder al resto de los dispositivos.
- Unidad de Hospitalización. Para pacientes agudos, en hospitales generales.
- Hospital de día, hospitalización parcial. Durante unas horas al día y de duración de 6 a 12 meses.

2. Dispositivos intermedios rehabilitadores.

- Centro de día. Pacientes crónicos.
- Centro de media estancia. Para pacientes que han estado hospitalizados de 6 a 8 meses.
- Centro de larga estancia. Paciente sin recursos o autonomía.
- Talleres ocupacionales.
- Pisos protegidos.

FUNCIONES DEL CELADOR:

- Vigilar puertas de acceso, controlando las entradas y salidas, no permitiendo el acceso más que a personas autorizadas y cuidando no introduzcan comidas, bebidas u objetos que pudieran resultar peligrosos o no autorizados.
- Colabora con el resto del personal de que los enfermos no hagan un uso indebido de los enseres, de la ropa, evitando su deterioro.
- Tramitará y conducirá lo más rápido posible las comunicaciones verbales, documentos y objetos que les sean confiados por sus superiores.
- Trasladarán de unos servicios a otros los aparatos o mobiliario que se le indique.
- Cuida del entorno del paciente creando un buen ambiente de luz y sonido, levantando persianas por la mañana y bajándolas por la noche.
- Vigila el orden y la armonía de los pacientes.
- Cuidará continuamente por conseguir el mayor silencio posible en todas las dependencias de la unidad, respetando los horarios de sueño.
- Controla la estancia y la circulación de los familiares y visitantes en las habitaciones de los enfermos y en las zonas comunes, evitando toda aquella acción que perjudique al propio paciente o al orden de la unidad.
- Ayuda al aseo de los pacientes que no puedan hacerlo solos.
- Vigila que todos los pacientes realicen el aseo personal.

- Se abstendrá de hacer comentarios con los familiares y visitantes de los pacientes sobre diagnósticos, exploraciones y tratamientos que se estén realizando a los mismos y mucho menos sobre los pronósticos de su enfermedad, debiendo siempre orientar las consultas hacia el médico encargado de la asistencia del enfermo.
- Colaborará con el personal sanitario a la contención mecánica de pacientes agitados.
- Traslada pacientes tanto a las unidades y consultas del centro como a otras instituciones que sea preciso.

CONTENCIONES MECÁNICAS:

En ocasiones es preciso inmovilizar a un paciente debido a la conducta agresiva y violenta, siendo una amenaza para él o para el resto de las personas. El celador debe colaborar en la sujeción del paciente.

La inmovilización o contención mecánica (sujeción mecánica) es una medida terapéutica excepcional dirigida a la inmovilización parcial o total de la mayor parte del cuerpo de un paciente que lo precise, se realiza para garantizar su seguridad o la de las demás persona y cuando las demás medidas de contención no hayan funcionado (farmacológica y verbal).

Será necesaria la implicación de 4 o 5 personas, ocupándose cada uno de ellos de un miembro del paciente (mínimo 4 personas). Para proceder a la retirada de la sujeción mecánica -autorizada siempre por el médico- será necesaria la colaboración de 4 personas y se hará de forma escalonada.

Se precisa para ello un juego de contenciones homologadas, compuesto por:

- Cinturón ancho abdominal.
 - 2 sujeciones para los miembros superiores (muñecas).
 - 2 sujeciones para los miembros inferiores (tobillos).
 - Alargaderas para poder fijar mejor las contenciones a la cama.
 - Botones o anclajes suficiente para todas las sujeciones anteriores.
 - Botones de sujeción y sus correspondientes cierres de imán o de muelle.
- El celador en la unidad de psiquiatría ante la situación de un paciente agitado o agresivo deberá adoptar las siguientes normas generales de actuación:
- Llamar inmediatamente a la enfermera de la unidad.
 - Separar al paciente agitado del resto de enfermos.
 - Cuidar que la habitación del paciente esté iluminada suavemente.
 - Se evitará en lo posible el exceso de voces y timbres (se hablará en un tono bajo)
 - Mantener la seguridad, tanto del paciente como del personal sanitario y no sanitario.
 - Tratará de forma diferente a cada tipo de enfermos, pues a algunos se les debe

seguir la corriente, ya que sufren delirios y no van a ser conscientes de lo que es real o irreal y a otros explicarles cuál es la realidad para que puedan superar la enfermedad, por eso de la importancia de conocer las diferentes enfermedades.

- Siempre se intentara contener al enfermo de forma verbal, intentando tranquilizarlo, si no surte efecto, entonces bajo prescripción médica los facultativos utilizaran la contención farmacológica y por último la contención mecánica.

5 Discusión-Conclusión

Concluimos este capítulo poniendo de manifiesto la importancia del papel del celador en la unidad de salud mental, pues mantienen un orden general y específico según el perfil de cada paciente. Se evitan conflictos entre los diferentes pacientes (heteragresividad) y hacia sí mismos (autoagresividad), además de aumentar la armonía y el bienestar de estos.

Por otro lado resaltar la importancia del celador en el papel de la contención mecánica, en la cuál son necesarias al menos 4 personas para la sujeción del paciente, y sin estos, el médico solo no podría sujetarlos sin ayuda del celador

6 Bibliografía

1. https://www.emagister.com/uploads_courses/Comunidad_Emagister_72080_72080.pdf.
2. <https://revistamedica.com/funciones-celador-unidades-salud-mental/>.
3. https://www.cgtsanidadlpa.org/f/opes/celador/temas/tema_9.pdf.
4. <http://celadoresonline.blogspot.com/p/tema-25-actuacion-del-celadoren.html>.
5. <https://cvpepemoreno.files.wordpress.com/2011/11/tema-74.pdf>.

Capítulo 319

EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN ATENCIÓN PRIMARIA DESPUÉS DE LA PANDEMIA

BEATRIZ DEL PINO FERNÁNDEZ

MARIA PILAR SANCHEZ FABRA

MARIA INMACULADA LOSA MARÍN

1 Introducción

La atención primaria forma parte del Sistema Nacional de Salud, está al alcance de todos, es el primer contacto que tiene el paciente con el servicio de salud, llevándolo lo más cerca posible al lugar donde residen.

El auxiliar administrativo se encarga de dar citas con los correspondientes servicios, médico de cabecera, enfermera, fisioterapia, dentista, matrona, e incluso las primeras citas de los diferentes servicios hospitalarios. A parte de dar las diferentes citas a través de los diferentes medios que principalmente son personal y telefónico también gestionan lo relacionado con las tarjetas sanitarias, solicitarlas si las han perdido, actualizar los datos de teléfono y dirección, en el caso de pacientes que no viven en nuestra localidad y necesitan atención sanitaria para un determinado tiempo, se realizan desplazamientos para que puedan ser atendidos por el facultativo o el due.

Son los encargados de realizar los trámites administrativos:

- Gestionar los días libres que se necesiten o pidan los diferentes sanitarios que trabajan en el centro de salud o consultorio.

- Realizar los pedidos de todo el material que se utiliza en el centro.
- Solicitar las sustituciones de los diferentes trabajadores en caso de ausencia ya sea por vacaciones, bajas, salientes de guardia.
- Gestionar el correo electrónico del centro, para hacerles llegar a todos los profesionales todo tipo de información importante.

2 Objetivos

-Exponer las funciones del auxiliar administrativo en relación con la atención primaria tras la pandemia.

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

Como ya se ha comentado anteriormente, la atención primaria es el primer contacto que tiene un paciente con el servicio de salud, al cual acuden siempre y cuando su urgencia no sea vital e incluso a veces si no tienen un hospital cerca también acuden a nosotros.

La atención primaria consiste en un centro de salud de cabecera que es donde hay urgencias y luego los consultorios que están a su cargo que se distribuyen en pueblos con menos población. Vamos a comentar los cambios gestionados a causa de la pandemia.

Un auxiliar administrativo como ya sabemos gestiona las citas con su médico, su enfermera, las primeras citas del hospital, todo tema relacionado con el papeleo administrativo, tarjeta sanitaria. A raíz de la pandemia las citas han cambiado, los pacientes se han acostumbrado a pedir las citas por teléfono, cosa que a veces el auxiliar administrativo no da abasto para coger tanto teléfono, los usuarios entienden peor las horas o las apuntan mal porque no lo entienden, ya que en el centro de salud se lo pueden llevar apuntado, esto trae la consecuencia de que luego vienen mal a la cita y el médico pierde organización e incluso a veces acaba

más tarde la consulta debido a las equivocaciones. Teléfonos mal puestos o bien porque no se oye bien al hablar por teléfono o porque te lo dan mal, eso también causa que cuando tienen cita telefónica no cojan el teléfono y luego vengan quejándose o solicitando otra cita, retrasando así la agenda del facultativo. También el auxiliar administrativo se encuentra con los pacientes que llegan queriendo ser atendidos y que a pesar de llevar dos años realizando consultas telefónicas, aún no entienden que si el consultorio o centro de salud está vacío es por ese tipo de consultas, el cansancio mental que genera que un paciente tras otro se quejen de que no queremos trabajar, de que no hacemos nada, es bastante difícil de gestionar muchas veces. Todo esto ha llevado a cabo que muchos compañeros hayan tenido que darse la baja por el cansancio emocional y psicológico que sufrimos a causa de muchos pacientes.

5 Discusión-Conclusión

En este capítulo, podemos comprobar que el auxiliar administrativo no es simplemente la persona que se dedica a dar una cita, también atiende al paciente de una forma cordial y amable, siempre haciendo lo posible para que sea atendido lo antes posible según su patología. Comprobamos bien todos los datos para facilitar al médico sus consultas, que esté el teléfono bien para las consultas telefónicas y la dirección por si surge un domicilio que no hay equivocación. A pesar de que los usuarios se quejen cuando ven que no hay gente esperando en la sala de espera, y todo tipo de queja nos lo digan a nosotros con malas palabras, en tonos más altos de lo normal siempre intentamos explicarles de la mejor manera posible que hay otro tipo de consultas no solo la presencial.

Las consecuencias después de la pandemia:

- Cansancio psicológico.
- Más trabajo telefónico.
- Atraso tanto en las consultas como en las citas por datos erróneos, explicaciones más extensas que a veces siguen sin comprender.
- Trabajar el doble porque pierden las citas al no acordarse del día que le dijimos por teléfono, por datos erróneos.
- Hay muchos malos entendidos, ya que si no hay citas quieren ir de urgencias porque está vacío, son los auxiliares administrativos los que deben explicar a los pacientes que el facultativo tiene un tiempo específico para cada paciente y que es relativo.

Aun así, el papel del auxiliar administrativo en atención primaria sigue siendo muy importante dado que al ser el primer contacto, los pacientes siempre agrade-

cen la amabilidad, y que intentemos proporcionarles la cita lo más rápido posible dentro de nuestras posibilidades para subsanar su dolencia. El trabajo se ha vuelto más difícil de explicar y es normal, ellos no ven todo el trabajo que realizamos no solo los auxiliares administrativos sino también los facultativos atendiendo el doble de pacientes, y que por teléfono no es nada fácil.

6 Bibliografía

1. <https://www.medicosfamiliares.com/comunidad/que-es-la-atencion-primaria-de-la-salud-aps.html>
2. <https://revistamedica.com/auxiliar-administrativo-atencion-primaria/>

Capítulo 320

IGUALDAD DE GENERO EN EL ENTORNO SOCIO SANITARIO DEL AUXILIAR ADMINISTRATIVO

ISABEL PEREGRINA MARQUEZ

MARIA MONICA SANCHEZ MARTINEZ

AIDA CUEVA HEVIA

MARÍA DEL CARMEN GANSO SUÁREZ

MARÍA DOLORES MARTÍNEZ GONZÁLEZ

1 Introducción

La igualdad de género es un principio constitucional, plasmado en el artículo 14 de la constitución: “Los españoles son iguales ante la ley, sin que pueda prevalecer discriminación alguna por razón de nacimiento, raza, sexo, religión, opinión o cualquier otra condición o circunstancia personal o social.” Y en el artículo 9.2: “Corresponde a los poderes públicos promover las condiciones para que la libertad y la igualdad del individuo y de los grupos en que se integra sean reales y efectivas; remover los obstáculos que impidan o dificulten su plenitud y facilitar la participación de todos los ciudadanos en la vida política, económica, cultural y social.” No debe de existir ningún tipo de desigualdad entre hombres y mujeres, teniendo ambos, los mismos derechos y deberes. En la atención sanitaria también podemos observar esta discriminación, sobretodo en puestos en los que

hay un trato directo con el público, como es el caso del auxiliar administrativo, pues puede influir en los resultados sanitarios. Es importante gestionar los diagnósticos con enfoque de género. Bien es sabido que la mujer cobra un papel importante en esta discriminación dado su naturaleza y la situación importante en el ámbito familiar, pues es en un alto porcentaje la mujer la que se ve obligada a sacrificar su vida laboral al cuidado de los hijos y obligatoriamente en la maternidad.

2 Objetivos

Poner de manifiesto la importancia de la igualdad de género en el entorno sociosanitario del auxiliar administrativo.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la igualdad de género en el entorno sanitario desde el punto de vista del auxiliar administrativo. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han consultado artículos en las principales bases de datos (Google Académico, PubMeb, Dialnet, Scielo y Elsevier), seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas. Se incluyeron todos aquellos estudios relacionados con la igualdad de género entre el auxiliar administrativo y el paciente. Filtrando la información correspondiente a 10 años desde su expedición, usando palabras claves en el contexto laboral en general, y en el sanitario en particular: igualdad de género, paciente, auxiliar administrativo, ámbito sanitario.

4 Resultados

Las condiciones sociales y el género influyen de manera directa en los factores externos que tienen impacto en la salud. Los sesgos de género del sistema sanitario son pues la parte relevante dentro de los determinantes sociales.

La atención sanitaria puede constituir un factor discriminatorio. Las políticas sanitarias son las encargadas de gestionar los recursos para conseguir los mejores niveles de salud. Hay que tener en cuenta los roles de género y las diferencias biológicas, pues estos tienen repercusiones sobre la vida laboral y personal de la mujer, impulsando, obstaculizando. Por otro lado es importante el continuo

estudio, investigación y desarrollo sobre temas de género, pues hay que incluir la perspectiva de género como uno de los criterios para la financiación de cualquier investigación.

Es importante para lograr la igualdad de género en el ámbito sanitario:

- Identificar las desigualdades entre hombres y mujeres para reducir la discriminación.
- Reaccionar y corregirlas, y así poder cambiar estos determinantes psicosociales.
- Tener en cuenta que estamos hablando de un conjunto de población que forma parte del sistema sanitario, como son los auxiliares administrativos y que están en contacto con el público continuamente y muestran su carácter, actitud y reacción. La relación entre el auxiliar administrativo y el paciente no debe estar determinada por su sexo. No sería admisible que el auxiliar administrativo inconscientemente realizara un menor esfuerzo de atención con uno de los dos sexos motivado por ejemplo por estereotipos sociales.

La morbilidad representa el conjunto de personas que enferman en un momento y un lugar determinado, es aquella desviación tanto objetiva como subjetiva de un estado de bienestar. El dato de la tasa de morbilidad es útil para observar la evolución y control de las enfermedades incluso por sexos. Se busca alcanzar una clínica sensible a la morbilidad diferencial por sexos, que es otro sesgo de género. Ya que el auxiliar administrativo está en contacto continuo con el público, es importante que se pueda identificar las diferencias socioculturales que pueden enfocar en la desigualdad en el cuidado de la salud y el acceso a servicios de salud, observando distinciones en la prevención, atención y promoción para comprender cómo interactúan factores como el sexo o las condiciones sociales en las actitudes estereotipadas y por tanto influir en el cambio.

5 Discusión-Conclusión

La igualdad de género entre hombres y mujeres no debería ser un problema actualmente. Es importante y necesario que la formación en perspectiva de género en salud sea continua ya que es la herramienta más eficaz en conseguir la igualdad de género. Que todos los profesionales sanitarios y en especial el auxiliar administrativo tengan formación en perspectiva de género hará que se tengan en cuenta las diferentes necesidades de hombres y mujeres, para así entender los diferentes patrones de salud y enfermedad.

Las políticas sanitarias tienen que gestionar las diferencias en el modo de enfermar y los aspectos sociales que inciden sobre la salud de las mujeres. Consideramos que las desigualdades sanitarias pueden confrontarse mejor desde un

enfoque social de las políticas sanitarias que desde un enfoque centrado únicamente en la enfermedad del individuo.

6 Bibliografía

<https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1130862115001217>

https://www.scielosp.org/article/ssm/content/raw/?resource_ssm_path=/media/assets/gs/v18s2/revision3.pdf

<https://parlamento-cantabria.es/sites/default/files/dossieres-legislativos/Jimenez.pdf>

https://www.scielosp.org/article/ssm/content/raw/?resource_ssm_path=/media/assets/gs/v29n3/editorial.pdf

<https://scielo.isciii.es/pdf/bioetica/n43/1886-5887-bioetica-43-00179.pdf>

<https://scielo.isciii.es/pdf/mesetra/v57s1/actualizacion5.pdf>

III Informe diagnóstico sobre igualdad de oportunidades de mujeres y hombres en la Universidad de Murcia <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0210026610700662>

Capítulo 321

LA FATIGA OCULAR QUE SUFRE EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN SU PUESTO DE TRABAJO.REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA.

RICARDO AGUIRRE GONZÁLEZ

VERONICA LARIA GIL

MARIA JOSE VIZCAINO GONZALEZ

1 Introducción

El personal de auxiliar administrativo que desempeña sus funciones en una institución sanitaria, además de ocuparse por atender al público, recepcionar llamadas, archivar documentos, etc., realiza la mayor parte de sus funciones ayudado de un ordenador: gestión de citas, preparación de documentos, tramitar expedientes, crear y archivar agendas...

Todas estas funciones anteriormente nombradas, hoy en día se realizan con la ayuda de diferentes programas informáticos, con lo cual, esto implica estar la mayor parte de la jornada laboral delante del ordenador.

El uso de manera continua e inadecuado del ordenador puede causar daños en la salud del personal auxiliar administrativo, sobre todo si no se guarda la distancia recomendada frente a él o si se pasan muchas horas delante de la pantalla sin hacer algún descanso.

Hay algunas investigaciones que demuestran que estar pasar muchas horas ante el ordenador provoca problemas visuales a un 75% de los trabajadores. Estos problemas se pueden agravar dependiendo del entorno en que se realice dicho trabajo. Trabajar en espacios cerrados con una falta de ventilación y el uso continuado de aire acondicionado y calefacción, se puede dañar la superficie ocular apareciendo al final del día reacciones como picor y ardor ocular.

Esta fatiga visual, que es el principal problema derivado del uso continuado e incorrecto del ordenador, recibe en la actualidad el nombre de fatiga ocular o astenopia.

2 Objetivos

- Conocer ciertos consejos que pueden ayudar a evitar la fatiga visual en el trabajo.
- Establecer una serie de pautas y consejos para nuestro trabajo diario para así poder evitarla, o en todo caso, aminorarla.

3 Metodología

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

4 Resultados

Como resultado de nuestra investigación, podemos enumerar una serie de consejos que nos pueden ayudar a evitar o aminorar la fatiga visual en nuestro trabajo diario:

- Es aconsejable que cada media hora aproximadamente, realicemos un descanso de al menos 5 minutos, fijando la vista en un punto lejano.
- Relajar la vista haciendo movimientos rotatorios con los ojos o moviéndolos de izquierda a derecha de forma repetida.
- Tapar los ojos con las palmas de las manos y masajearlos ligeramente en el sentido de las agujas del reloj.
- Parpadear continuamente para hidratar los ojos y así evitar que se sequen.
- En caso de observar excesiva sequedad ocular, utilizar lágrimas artificiales para hidratarlos.

- Facilitar la relajación del ojo cerrándolo durante unos segundos.
- Mantener unas condiciones de temperatura, humedad y limpieza óptimas en nuestro centro de trabajo.
- utilizar monitores que tengan buena calidad de resolución para no cansar la vista. Una resolución de pantalla suficientemente alta evita forzar nuestra vista al leer textos en el ordenador.
- Trabajar, a poder ser, con luz natural, y si esto no es posible, con una iluminación adecuada. Evitar siempre que sea posible la fluorescente.
- Colocar el monitor del ordenador de forma que el centro de la pantalla quede unos centímetros por debajo de la altura de los ojos.
- No trabajar nunca a oscuras, con la pantalla del ordenador como única fuente de luz.
- Utilizar, en la medida de lo posible, filtros de pantalla o gafas para ordenador. Estas gafas tienen unos filtros que protegen los ojos de la luz azul que emiten los ordenadores reduciendo su intensidad.
- Es importante, mantener una correcta posición frente al ordenador para así evitar otro tipo de trastornos musculares muy propios de nuestro trabajo diario.

5 Discusión-Conclusión

Aunque la fatiga ocular no es un trastorno considerado grave, es muy molesta debido a los síntomas que nos produce.

Si tenemos en cuenta todos los consejos que hemos enumerado anteriormente, podemos aliviar en gran parte estos trastornos.

Es necesario que cada trabajador auxiliar administrativo sea consciente de la importancia que tiene el aplicar correctamente todas esas medidas preventivas, ya que su calidad de vida va a depender únicamente de las medidas que éste adopte y de cómo se lo tome en serio.

También sería importante que en los centros de trabajo se impartan más cursos sobre prevención de riesgos laborales con el fin de concienciar a los trabajadores de la importancia que tiene el aplicar correctamente todas las medidas preventivas.

6 Bibliografía

1. All about vision: <https://allaboutvision.com>
2. CNOO: <https://www.cnoo.es/ergonomia/ojos-frente-al-ordenador>

Capítulo 322

EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO Y EL SINDROME DE BURNOUT. REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA.

CAROLINA VIEJO SUÁREZ

MARIA JOSE VIZCAINO GONZALEZ

1 Introducción

Hasta ahora, la Organización Mundial de la Salud (OMA) no había considerado al Burnout o Síndrome de estar quemado en el trabajo como una enfermedad, sino como un factor de riesgo para la salud de los trabajadores en el entorno laboral. En el año 2010 se produjo un importante avance en ese sentido, ya que la Organización Internacional del Trabajo (OIT) lo incluyó en la lista de enfermedades profesionales. Por fin, en 2019 la Asamblea General de la OMS tomó la decisión de considerar el Burnout como una enfermedad e incluirlo en la “Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas de Salud Conexos” (CIE-11), la cual entrará en vigor el próximo uno de enero de 2022. Pero para llegar hasta aquí han sido necesarias muchas investigaciones, las cuales tuvieron su punto de partida cuando el psiquiatra Herbert J. Freudenberger, utilizó en el año 1974 el término “Burnout”. Las distintas investigaciones que se han sucedido desde su descubrimiento hasta nuestros días han ido clarificando los factores que forman la identidad de este Síndrome, el cual a veces es fácil confundir con un simple estrés. Gracias a los trabajos de distintos autores, hoy en día la información de la que se dispone sobre este tema es cada vez mayor, lo cual redundará en beneficio para la salud de los trabajadores.

2 Objetivos

- Conocer y detectar las variables que se relacionan con el Síndrome de Burnout en el personal no sanitario para poder identificarlo.
- Entender su repercusión para poder establecer las primeras medidas de actuación por parte del personal auxiliar administrativo para reducir en lo posible este síntoma.

3 Metodología

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

4 Resultados

En el ámbito sanitario los trabajadores de Salud conviven con situaciones diarias que fortalecen el estrés:

- La sobre carga laboral: Debida en ocasiones a la mala organización de los servicios sanitarios o la falta de personal.
- Turnos rotativos: Influyen negativamente en la calidad del sueño, en muchas ocasiones los turnos varían todas las semanas (incluso varias veces a la semana) transformando la vida familiar y las relaciones interpersonales.
- La motivación laboral: Reconocimiento que el trabajador obtiene al realizar su trabajo por sus superiores o sus pacientes.

La ausencia de apoyo social, como el trato con los pacientes y familiares, la imparcialidad y el conflicto de valores junto con la burocratización del sistema son propicios para que aflore este mal recurrente del siglo XXI entre los profesionales de la salud.

Hay variables que podrían ser potencialmente protectoras frente al desarrollo del burnout, con resultados de relación estadísticamente significativos, como el buen autoconcepto del profesional, la comunicación y buena relación con el equipo, la satisfacción laboral, la autonomía profesional, el apoyo de la organización o un sueldo más alto entre otros factores favorecería la disminución serían beneficios para una disminución de dicho síndrome que causa un alto costo sanitario.

Según lo encontrado en los distintos artículos revisados hemos encontrado que factores variables como edad, tipo de contrato, sueldo, satisfacción laboral, an-

siedad y depresión pueden ser factores relacionados potencialmente con el desarrollo del síndrome, y deberían ser considerados en la prevención del síndrome en estos profesionales, pudiendo así contribuir a una mejora en la calidad asistencial del sistema de salud y sus beneficiarios.

Fomentar una buena atmósfera de equipo: espacios comunes, objetivos comunes, generando una comunicación fluida entre todos los que forman el equipo multidisciplinar ayudaría enormemente a la disminución de padecer el Síndrome de Burnout.

5 Discusión-Conclusión

El auxiliar administrativo que desempeña su trabajo en una institución sanitaria donde está de cara al público, ya sea de forma personal o telefónica, está expuesto a sufrir burnout.

Por lo cual, deben de mantener una actitud de alerta y control debido a que los usuarios no siempre están de acuerdo con la información que se les proporciona. Esta característica de su trabajo, junto con otros factores como pueden ser alta autoexigencia, turnos de trabajo no adecuados, excesos de trabajo, preocupación por la conciliación de la vida familiar, provocan que estos trabajadores puedan sufrir el síndrome del quemado.

Por lo tanto, es necesario adoptar medidas para minimizar las posibilidades de que este personal sufra este síndrome.

6 Bibliografía

REUDENBERGER, H. Staff burnout. Journal of Social issues 1974, 30: 159-165 www.insst.es

NTP 704: Síndrome de estar quemado por el trabajo “Burnout” (I): definición y proceso de generación (Manuel Fidalgo Vega) www.enfermeria21.com/diario-dicen/la-oms-incluye-el-burnout-o-sindrome-del-trabajador-quemado-en-sulista-de-enfermedades

Maslach, C y Jackson, S. (1981), The measurement of experienced burnout. Journal of Occupational Behavior vol 2, 92-113

Maslach C., Jackson, S & Leiter, M (1996). Maslach Burnout Inventory Manual (3a ed.) California, USA, Palo Alto. Consulting Psychologists Press

Capítulo 323

EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN LOS ESTUDIOS DE POBLACIÓN Y TIPOS DE PROGRAMAS ESTADÍSTICOS: REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA

OLAYA RUBIO VILCHEZ

MARIA JOSE VIZCAINO GONZALEZ

VERONICA LARIA GIL

1 Introducción

Cobran especial importancia los estudios científicos, sobre todo los epidemiológicos, que implican hacer muchísimos cálculos estadísticos que son bastante complejos y también funcionalidades básicas de ofimática.

Los diferentes programas informáticos que existen a día de hoy, se crearon con el objetivo de facilitar las tareas laborales y poder resolver problemas matemáticos muy complejos.

Haciendo mención al programa Excel, éste fue creado para poder resolver problemas de cálculo. Este programa es una hoja que contiene celdas cuadriculadas en la que podemos escribir cuentas matemáticas y el propio programa se encarga de resolverlas por sí solo sin que tengamos que nosotros resolver esas cuentas.

Cuando se hacen varias hojas de cálculo, estas se encuentran ancladas en la parte inferior del programa de tal manera que al ir pinchando con el ratón en cada una de ellas se nos abren en la ventana principal.

Cada hoja contiene celdas en forma de columnas o filas. En la parte superior de cada hoja, aparece una barra llamada barra de fórmulas, que se encuentra vacía y desde ella podemos escribir o modificar el contenido que hay en una determinada celda o que aparezca en ella.

Otra cosa muy importante de este programa es que dispone de una función estadística con la que podemos hacer cualquier cálculo y esto facilitaría la labor del investigador.

2 Objetivos

- Establecer las competencias de conocimientos, habilidades y actitudes necesarias en el estudio de población.
- Conocer la importancia de una realización eficaz del manejo de programas estadísticos por parte del auxiliar administrativo.
- Exponer la necesidad de mejorar el abordaje multidisciplinar en cuanto al estudio de población.

3 Metodología

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

4 Resultados

Podemos definir los programas estadísticos como programas informáticos que tienen como función resolver problemas complejos, de manera que facilitan y agilizan el tiempo que se emplea para resolver los problemas que queremos hacer. Un ejemplo puede ser cuando queremos saber algunos datos de epidemiología. Además del programa Excel que hemos mencionado anteriormente, que posee una función estadística que con ella podemos hacer cualquier cálculo relacionado con este campo y con ello se facilita el trabajo al investigador.

Dentro del ámbito de la salud, existen diferentes programas estadísticos y entre los más empleados podemos citar los siguientes programas:

- SPSS: este programa es el que más se usa en el mundo sanitario. Consta de una aplicación que fue desarrollada por IBM. Este programa fue creado para poder utilizarlo con cualquier nivel de conocimiento. Es un programa de pago que para poder utilizarlo es necesario adquirir una licencia comercial, por lo que no puede estar al alcance de todo el mundo, sino a instituciones de un cierto tamaño. SPSS statistics es compatible con el sistema operativo WINDOWS Y Mac. Su precio ronda los 95 euros por usuario al mes.

- Rcommander: este programa es una interfaz gráfica de usuario para el lenguaje de programación R. fue desarrollada por John Fox. Es un lenguaje bastante complejo de programación que se usa en estadística. Tiene como ventaja que es gratuito, fácil de usar y carece de licencia. A este programa también se le conoce como Rcmdr.

Por otra parte, si lo que se desea realizar cálculos de una envergadura mayor, se tiene que recurrir a programas más potentes pero que también es necesario adquirir unos conocimientos previos a su uso, ya que son programas muy complejos y su uso no es nada fácil. Estos programas son los siguientes:

- RStudio: este programa es la versión más completa del programa RCommander. Su uso es gratuito.

- Python: es un lenguaje de programación que se emplea mucho en estadística y en ciencia. Sus datos son mucho más potentes que R. su uso también es gratuito. En el ámbito de la salud, hay datos que son importantes saber y que son de gran ayuda a la hora de hacer estudios como pueden ser datos sobre la prestación de sus servicios (consultas, hospitalizaciones, etc) y los recursos con los que cuenta (personal laboral, gastos, inventario de material, etc).

5 Discusión-Conclusión

En este trabajo hemos podido conocer algunos programas informáticos que se emplean en el sector de la sanidad para poder hacer estudios estadísticos de toda la población que entra en unas instalaciones relacionadas con la atención sanitaria.

Los programas informáticos que se emplean van desde el más sencillo y accesible para todo el mundo como es el Excel, hasta otros programas informáticos que ya son más complejos y específicos del sector sanitario incluso alguno de ellos

precisan de licencia como pueden ser SPSS, R-commander, RS-estudio y Phyton. Estos programas son muy útiles debido a que nos ayudan a interpretar de forma adecuada los datos recabados.

Por todo esto, es muy importante que el personal de auxiliar administrativo que desempeña sus funciones en un centro sanitario, haya adquirido los conocimientos previos para poder manejar con total soltura todos estos programas.

6 Bibliografía

1- Aplicaciones de consulta - Portal Estadístico- gobierno de España- disponible en <https://www.mscbs.gob.es/estadEstudios/estadisticas/sisInfSanSNS/aplicacionesConsulta/home.htm>

2- Cómo hacer análisis estadísticos de datos en excel. El ABC de la estadística aplicada en Excel- disponible en <https://conceptosclaros.com/como-hacer-analisisestadisticos-de-datos-en-excel/>

Capítulo 324

ERGONOMÍA EN EL AMBIENTE HOSPITALARIO

SERGIO SOLIS GIL

1 Introducción

Podemos definir la ergonomía como la disciplina que estudia cómo adaptar las condiciones de un lugar del trabajo, las herramientas disponibles en él, así como las tareas a desempeñar, a las características físicas y psicológicas del trabajador para mantener su propio bienestar físico y mental. Su fin es evitar las enfermedades y/o lesiones que las posturas, los movimientos y las fuerzas produzcan en el trabajador por las condiciones en el trabajo.

Hoy en día la jornada laboral comprende muchas horas en posiciones poco recomendables para nuestro cuerpo, a pesar de los avances de la Medicina, el personal del ámbito sanitario se exponen a situaciones que ponen en riesgo su salud. La mala postura en el trabajo y la falta de información sobre las posturas más ergonómicas para cada tarea, originan un elevado número de casos de trastornos músculo- esqueléticos, producidos como consecuencia de la exposición reiterada a factores de riesgo biomecánicos y organizacionales, que afectan mayoritariamente a los músculos (distensiones), tendones (esquinces) y ligamentos.

Esta patología constituye una importante causa de incapacidad entre los profesionales. Por ello, es importante que conozcan las medidas preventivas para reducir dicho riesgo. La particularidad del ámbito sanitario da lugar a la contradicción de que el sector destinado a restaurar la salud de los ciudadanos sea el que más problemas encuentre para mantener la de sus propios trabajadores, así como hacer frente a los riesgos ergonómicos y psicosociales que estos puedan encontrarse en su lugar de trabajo.

2 Objetivos

- Exponer cuáles son los riesgos ergonómicos del puesto de trabajo, analizarlos y reducirlos.
- Evidenciar la necesidad de adaptar el puesto de trabajo a las características del profesional.
- Describir las recomendaciones ergonómicas para la adquisición de útiles, herramientas y materiales diversos.

3 Metodología

Se han consultado varias bases de datos en internet relacionadas con el tema a tratar: Pubmed, Scielo y Medline plus y la página web de la Asociación Española de Ergonomía y el INSHT, teniendo como soporte básico la Ley 31/1995 del 8 de noviembre de Salud Laboral.

4 Resultados

Los riesgos ergonómicos son la principal causa de las enfermedades profesionales más comunes, provocando un gran número de lesiones en músculos, tendones, nervios, articulaciones, ligamentos, etc., y ubicadas principalmente en espalda, cuello, hombros, codos y muñecas. Se ha determinado en diferentes estudios, que la lumbalgia es la primera causa de incapacidad temporal por enfermedad común. Por otra parte, si analizamos las distintas especialidades profesionales que un centro sanitario necesita para su correcto funcionamiento, hallaremos los riesgos y peligros que se pueden dar prácticamente en la suma de todas ellas, se trata por tanto de diferentes puestos de trabajo que a su vez implican riesgos de índole distinta: biológicos, químicos, físicos, ergonómicos, psicosociales.

Los riesgos ergonómicos que nos vamos a encontrar los trabajadores del ámbito sanitario son:

- Manipulación de cajas, arrastre de mobiliario, empuje de carros, etc. - Realización de tareas repetitivas
- Utilización de posturas forzadas. Sentarnos inadecuadamente
- Entorno físico con una inadecuada iluminación y climatización, espacios para la realización del trabajo reducidos, insuficientes o mobiliario mal ubicado, excesos de ruidos.
- Mala organización de las tareas, con una falta de recursos humanos y materiales. Mal ambiente de trabajo.

- Carga física y mental ocasionada por los ritmos de trabajo (turnos, elevado ratio de pacientes por profesional, falta de formación en las tareas a desempeñar). Las principales medidas ergonómicas preventivas que se deben de tomar son:
- Adaptación del lugar de trabajo al profesional, retirando objetos que dificulten su labor, situándolos en una posición adecuada.
- Los movimientos se han de realizar de forma rítmica y suave. Con un aumento de la estabilidad corporal, manteniendo los pies separados y espalda recta, orientando uno de los pies hacia la dirección de movimiento.
- En el levantamiento de objetos, las piernas permanecerán flexionadas sin doblar la espalda, alineándolas adecuadamente al cuerpo. Contracción de los músculos del abdomen y glúteos para estabilizar la pelvis.
- En el traslado de objetos, la carga se situará próxima al cuerpo utilizándolo de contrapeso. Los giros se harán con los pies, no utilizando la columna, colocando el pie en la dirección en la que se realice el giro.
- Al empujar objetos voluminosos se comprobará que la superficie sea lo más lisa posible, facilitando así su desplazamiento y necesitando menos esfuerzo que en el levantamiento del objeto. Siempre que sea posible se utilizarán puntos de apoyo, siempre que sea posible se solicitará ayuda técnica (Ej. Elevador) o de otros profesionales, realizando los movimientos de forma coordinada.

5 Discusión-Conclusión

La ergonomía es muy importante en el balance económico de las empresas, y para la vida laboral y personal de los trabajadores. Los cambios realizados en los puestos de trabajo en cuanto a adaptación de los mismos, contribuye a la disminución de las bajas y más importante a los accidentes laborales y a la consiguiente pérdida económica que eso supone para la empresa, mejorando la salud de los trabajadores por tanto de la población en general. En definitiva, la importancia de la ergonomía radica en que, protege la salud de las personas, aumenta la calidad de su trabajo y su productividad.

Las empresas deben de adoptar una serie de medidas preventivas para evitar enfermedades en el lugar del trabajo y que contribuirán a un mayor bienestar tanto físico como emocional y psíquico para el trabajador. Respetar los límites de peso a manipular, realizar rotaciones en el personal cuando se trate de trabajos muy pesados, así como cambios posturales en caso de trabajos rutinarios, adaptar el mobiliario y ambiente sonoro y lumínico a las necesidades del trabajador y hacer los controles médicos necesarios al personal trabajador.

También es importante la concienciación de llevar un estilo de vida adecuado,

la realización de ejercicio físico, llevar una buena nutrición, realizar técnicas de relajación y métodos de protección del sistema osteo-muscular. Gracias a la Ley de 31/1995 de Riesgos Laborales RD 39/1997 y RD 337/2010 sobre servicios de prevención y numerosas investigaciones y estudios, estamos hoy en condiciones de decir que muchas enfermedades, dolencias y secuelas permanentes se están evitando en el mundo laboral, tanto en hombres como en mujeres.

6 Bibliografía

1. ¿Qué es Ergonomía? » Su Definición y Significado [2020] [Internet]. Concepto de - Definición de. 2020 [cited 9 November 2020]. Available from: <https://conceptodefinicion.de/ergonomia/>.
2. [Internet]. Dspace.umh.es. 2020 [cited 9 November 2020]. Available from: <http://dspace.umh.es/bitstream/11000/3384/1/Ros%20Mart%C3%ADnez%2c%20Ana%20M%C2%AA%20TFM.pdfH.pdf>.
3. [Internet]. Ergonomos.es. 2020 [cited 9 November 2020]. Available from: <http://www.ergonomos.es/ergonomia.php>.
4. Riesgos Ergonómicos [Internet]. Insst.es. 2020 [cited 9 November 2020]. Available from: <https://www.insst.es/riesgos-ergonomicos>

Capítulo 325

ATENCIÓN AL USUARIO EN EL SECTOR SANITARIO POR EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO

CARMEN LÓPEZ LÓPEZ

MARIA DEL CARMEN ARRIBAS CAMARGO

ISABEL DEL POZO CABALLERO

JOSEFA SEGOVIA HARO

ISABEL VILLOTE PEREZ

1 Introducción

Una de las funciones principales del auxiliar administrativo en el ámbito de la sanidad es la atención al usuario. Es fundamental que los trabajadores de este sector cuenten con una serie de cualidades y habilidades comunicativas que les permitan afrontar las situaciones que se presentan en su día a día, en la relación con los pacientes, familiares y con sus propios compañeros.

El desarrollo de las competencias comunicativas por el personal administrativo en el sector sanitario, propicia el establecimiento de relaciones de ayuda, las que se conforman con la actitud facilitadora del profesional mediante acciones como escuchar empáticamente con interés y con una actitud acorde a la situación.

El profesional sanitario en su forma de comportarse profesionalmente en la atención al usuario pondrá de manifiesto, además su competencia laboral, pues nece-

sariamente tendrá que adecuar la conducta en sus interacciones a las normas de buenas prácticas establecidas por la organización.

Para actuar y ajustar su conducta al contexto necesita contar con una serie de habilidades, capacidades, destrezas, disposiciones y actitudes que le permitan saber qué hacer para comportarse de manera eficaz.

Es fundamental tener conocimiento de las reglas psicológicas, sociales, culturales y lingüísticas que rigen en su cultura. Incluye la competencia lingüística en cuanto esta es el conocimiento del léxico y de las reglas combinatorias de una lengua, pero va más allá de ella en cuanto es el conocimiento del uso apropiado del lenguaje en distintas circunstancias.

También hay que tener en cuenta que estos profesionales van a interactuar con personas de diferentes grupos sociales, los cuales van a entender la situación de diferentes maneras por lo que hay que adaptarse a cada situación de manera distinta siempre empáticamente sin juicio alguno. Se debe conseguir una atención amable con muestras de cariño siendo cercanos y sinceros, en definitiva, se trata de prestar atención constante y observar al otro, saber identificar el contenido de su mensaje y sus sentimientos y emociones.

2 Objetivos

-Conocer las señales verbales y no verbales de la comunicación en el ambito sanitario por parte del equipo auxiliar administrativo.

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

Es necesario formar a los auxiliares administrativos en técnicas de comunicación como son la empatía, la asertividad o la escucha activa entre otras. Existen una serie de señales verbales y no verbales que nos ayudan a conseguirlo:

- SEÑALES VERBALES

La comunicación verbal se refiere a las palabras que utilizamos y a las inflexiones de nuestra voz (tono de voz).

Parafrasear. Es importante que expresemos con nuestras propias palabras lo que el hablante nos acaba de decir, de esta manera comprobaremos que estamos entendiendo bien el mensaje que se nos quiere transmitir.

Expresar palabras de refuerzo y de confirmación. Esto refuerza el mensaje del hablante al sentir que valoramos lo que nos cuenta. Como, por ejemplo: te entiendo perfectamente, muy bien, ya veo.

Hacer un resumen. Hacer un resumen de toda la información que se nos ha dado es fundamental para mostrar al otro que le hemos prestado atención en todo momento y que hemos comprendido su punto de vista.

Preguntar. Con ello conseguimos aclarar la información y darle a entender al hablante que estamos interesados en lo que nos quiere transmitir.

- SEÑALES NO VERBALES

La comunicación no verbal hace referencia a un gran número de canales, entre los que se podrían citar como los más importantes, contacto visual, gestos faciales, movimientos de brazos y manos, distancia social o la postura.

Adoptar una postura corporal activa. La postura del personal administrativo en la comunicación con los pacientes debe mostrar interés. Para ello deberá estar inclinado ligeramente hacia delante o hacia los lados si se está sentado.

Mirar a los ojos. Mirar a los ojos de la otra persona muestra que se le está prestando atención a lo que dice y siente, que se tiene interés por su situación.

Sonreír. Al sonreír estamos transmitiendo que la información que se nos está dando es bien recibida.

Gestos de confirmación. Proporcionan confianza y seguridad al hablante como por ejemplo asentir con la cabeza.

Errores a evitar en la comunicación con los usuarios por el auxiliar administrativo.

Los errores de comunicación en la atención transmiten al usuario que no se le tiene en cuenta, que se tiene prisa, que sus sentimientos no son aceptables, que se le juzga. Siempre que se ofrecen este tipo de respuestas el proceso de escucha se interrumpe interfiriéndose en la comunicación.

Entre los errores más habituales cometidos por estos profesionales se encuentran los siguientes:

1. Evitar interrumpir a la persona que está hablando. Las interrupciones indican que no estamos prestando atención a lo que se nos quiere transmitir, sino que estamos pensando en nuestra respuesta que puede ser precipitada si no dejamos al hablante terminar su discurso.

2. No emitir juicios. No debemos juzgar al hablante.
3. No ofrecer ayuda prematuramente. Debemos dejar que la persona se exprese libremente. Una vez llegado el momento oportuno, le daremos las explicaciones que sean necesarias.
4. No distraerse. Mirar hacia otro lado, girar nuestro cuerpo o coger algo son indicadores de que estamos distraídos y de que no estamos escuchando activamente al hablante, por lo que nos resultará muy difícil comprender su mensaje.
5. Escuchar solo la comunicación verbal y no escuchar la comunicación no verbal.
6. Sentirse impactado por lo que el usuario dice “puede bloquear”.
7. Llegar a conclusiones con poca información rellenando lo que falta por no pedir más información.
8. Atender exclusivamente a los datos objetivos.

5 Discusión-Conclusión

La formación del personal en el reconocimiento de señales verbales y no verbales, en este caso auxiliares administrativos del sector sanitario, va a convertirse en fundamental para la atención óptima al usuario y pacientes de los centros hospitalarios. Todo esto va a llevar a una atención de calidad de los auxiliares administrativos hacia las personas que diariamente pasan tanto por los hospitales como los centros de atención primaria y la amabilidad y técnicas de atención a estos usuarios llevarán al aumento de calidad asistencial, llevando a la esperada excelencia en el ámbito sanitario español de atención y buen trato al usuario sanitario, conllevando esto al buen funcionamiento del sector sanitario.

6 Bibliografía

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

Capítulo 326

EL PAPEL DEL AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN EL AREA DE URGENCIAS

CARMEN LÓPEZ LÓPEZ

MARIA DEL CARMEN ARRIBAS CAMARGO

ISABEL DEL POZO CABALLERO

JOSEFA SEGOVIA HARO

ISABEL VILLOTE PEREZ

1 Introducción

El Servicio de Urgencias Hospitalarias, es un servicio abierto, ubicado en el hospital y especializado en la atención de todos los ciudadanos que requieran o demanden asistencia urgente, con capacidad para gestionar su ingreso en una planta de hospitalización, trasladarlo a otro nivel asistencial o proceder a su alta al domicilio.

El auxiliar administrativo es el personal encargado de gestionar la admisión de los pacientes en los diferentes centros sanitarios, así como el encargado de manejar la documentación clínica de los mismos.

El servicio de Admisión y Documentación Clínica es la unidad encargada de articular en el ámbito de la Atención Primaria y Especializada del área de salud, la ordenación, coordinación y priorización de las actividades que se producen en

torno a la asistencia médica con el fin de mantener la eficiencia en la utilización de recursos y la cohesión de la organización frente al paciente y su proceso asistencial, garantizando así el acceso a las prestaciones en condiciones de igualdad efectiva.

Es necesario un registro de los pacientes que acuden al Servicio de Urgencias Hospitalario por medio de un proceso administrativo. Habitualmente solo se requiere la presentación de su tarjeta sanitaria en vigor. Una vez registrado, se le pedirá que espere hasta que sea llamado para su valoración. Si llega en ambulancia, el equipo de cuidados durante el transporte proporcionará la información necesaria para el registro.

2 Objetivos

Describir las diferentes funciones que el auxiliar administrativo tiene que desarrollar para llevar a cabo un correcto trabajo dentro del Servicio de Admisión y Documentación Clínica

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 Servicio de Admisión y Documentación Clínica, en el que se engloba el papel del auxiliar administrativo del Servicio de Urgencias, constituye esta estructura de apoyo en el hospital, basada en el concepto de gestión de pacientes como área responsable de gestionar el flujo de los mismos por los distintos servicios que la Gerencia de Atención Integrada ofrece, así como tramitar su documentación clínica, y la información asistencial generada.

El servicio de Urgencias de cada hospital, sigue una distribución basada en la funcionalidad y la operatividad. No olvidemos que uno de los lugares por donde el paciente suele ingresar, es el servicio de urgencias, debiendo para ello tener una organización adecuada y funcional, con unas zonas definidas y delimitadas para

una correcta atención y que no se produzcan retrasos en la atención al enfermo o una desorganización en cuanto a la atención del mismo.

Dentro del hospital son varias las funciones que realiza el Servicio de documentación clínica y de admisión:

- Gestión de usuarios.
- Organización y gestión del acceso a los usuarios a las prestaciones de asistencia especializada en el ámbito correspondiente. La demanda de asistencia especializada en régimen ambulatorio, incluyendo consultas externas, exploraciones y unidades especiales (hospital de día, cirugía ambulatoria, etc.). La demanda de hospitalización: solicitud de ingreso, programación de ingresos, control y autorización de traslados y altas, gestión de camas. La demanda quirúrgica: registro, mantenimiento y comunicación de pacientes en espera de intervención, coordinación de la programación quirúrgica y registro de las intervenciones. El registro de los pacientes atendidos en Urgencias.
- Gestión y coordinación con otras instituciones sanitarias para la tramitación y autorización de traslados de/a otros centros y el correspondiente transporte sanitario. Establecimiento de vías de comunicación y coordinación necesarias con atención primaria.
- Gestión de la información asistencial:
 - Coordinación con los diferentes servicios y/o unidades del hospital para la recogida de los datos necesarios para una mejor planificación y gestión del centro, elaborando los informes necesarios.
 - Colaboración con el área de gestión del hospital en la recogida de datos para la facturación.
 - Clasificación, integración y coordinación de toda la información clínica y asistencial generada.
 - Desarrollo de sistemas de recuperación de la información clínica para usos asistenciales, docentes, de investigación, etc.
- Gestión de la documentación clínica.
- Gestión y organización del archivo de documentación e historias clínicas, asegurando que su configuración y uso se ajuste a las previsiones contenidas en la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de protección de datos de carácter personal. Establecer la normativa sobre localización, préstamo y devolución de historias clínicas, estableciendo mecanismos que aseguren su disponibilidad y que velen por su confidencialidad.
- Gestión de la documentación clínica del centro para su correcta homogeneización en colaboración con la Comisión de Historias clínicas. Codificación clínica: elaboración del índice, codificación, análisis y difusión de la información

extraída de las historias clínicas, elaboración del conjunto mínimo básico de datos y sistemas de clasificación de pacientes y desarrollo de medidas que garanticen su fiabilidad.

Urgencias:

Desde el Servicio de Admisión y Documentación Clínica se da apoyo organizativo a la demanda de atención en la unidad de urgencias del hospital, proporcionando el soporte organizativo e informativo preciso para garantizar una adecuada asistencia de los pacientes.

Las funciones del auxiliar administrativo con respecto a la unidad de urgencias son:

- Registro del episodio de urgencias.
- Coordinación organizativa del proceso asistencial.
- Derivaciones intracentros.
- El auxiliar administrativo como parte del Servicio de Admisión y Documentación Clínica debe coordinar las solicitudes de asistencia urgente y programada entre centros y debe valorar la adecuación de las mismas a las normas de derivación y a los procedimientos vigentes en cada momento, facilitando el soporte organizativo e informativo necesario que permita mantener la cohesión de la organización sanitaria ante el paciente.

Las funciones del auxiliar administrativo con respecto a la derivación de intercentros son:

- Recepcionar y registrar las solicitudes de asistencia dirigidas al propio centro o desde este a otros centros.
- Gestionar las solicitudes de asistencia dirigidas al propio centro o a otros centros en función de criterios y prioridades establecidas por el hospital.
- Establecer las vías de comunicación y coordinación con otros centros y niveles asistenciales para la gestión de aquellos casos que precisen una asistencia urgente en otro centro o una continuidad en su atención.
- En el proceso de derivación de pacientes quirúrgicos a otros centros, asumir, de forma general, las siguientes tareas:

*Seleccionar coordinadamente con los servicios quirúrgicos, los pacientes para derivación, de acuerdo a los procedimientos establecidos.

*Realizar el aviso y localización del paciente para la propuesta de derivación.

*Tramitar las solicitudes de asistencia, así como la documentación clínica necesaria, garantizando la confidencialidad de la misma.

*Programar la asistencia, confirmar y difundir la fecha y el procedimiento de la asistencia prestada.

*Mantener actualizado cada expediente abierto, registrando las posibles incidencias que pudieran surgir.

* Mantener en todo momento la unidad de contacto con el paciente.

5 Discusión-Conclusión

El papel del auxiliar administrativo en el área de urgencias se hace fundamental, ya que el proceso de ingreso de los pacientes en esta área comienza con la llegada de los pacientes o usuarios y con la admisión de estos a través del sistema informático del sistema de salud en cuestión a través de la inclusión de datos, tales como el diagnóstico inicial, síntomas y demás registrados inicialmente por el auxiliar administrativo de dicha área, este le preguntará los datos a los pacientes y a través de estos y de su número de historial clínico dará parte al área de urgencias, a partir de ahí y viendo la importancia de los síntomas de los pacientes comenzará el triaje de urgencias, en el que estos serán atendidos de manera prioritaria o secundaria según la importancia del caso. Por todo esto el auxiliar administrativo del área de urgencias será fundamental en el engranaje de actuación de las urgencias sanitarias

6 Bibliografía

1. López Domínguez, O. (1997). Gestión de pacientes en el hospital. El Servicio de Admisión y Documentación Clínica. Madrid: Olalla, 263-273.

Capítulo 327

LA NORMATIVA EN MATERIA DE PROTECCIÓN DE DATOS DEL AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN LOS CENTROS DE SALUD

CARMEN LÓPEZ LÓPEZ

MARIA DEL CARMEN ARRIBAS CAMARGO

ISABEL DEL POZO CABALLERO

JOSEFA SEGOVIA HARO

ISABEL VILLOTE PEREZ

1 Introducción

Para las administraciones y los poderes públicos la protección de datos de carácter personal ha sido y será un tema de gran importancia. El Parlamento Europeo ha insistido sobre el requisito de llegar a un equilibrio entre la tutela de los derechos de las personas, la seguridad y la protección de datos.

El Artículo 16 del Tratado de Funcionamiento de la Unión Europea (TFUE) dice: “1. Toda persona tiene derecho a la protección de los datos de carácter personal que le conciernan”. “2. El Parlamento Europeo y el Consejo establecerán, con arreglo al procedimiento legislativo ordinario, las normas sobre protección de las personas físicas respecto del tratamiento de datos de carácter personal por las

instituciones, órganos y organismos de la Unión, así como por los Estados miembros en el ejercicio de las actividades comprendidas en el ámbito de aplicación del Derecho de la Unión, y sobre la libre circulación de estos datos”.

También está regulado por la Carta de los Derechos Fundamentales de la Unión Europea: Artículo 7. “Toda persona tiene derecho al respeto de su vida privada y familiar, de su domicilio y de sus comunicaciones”. Artículo 8.1 “Toda persona tiene derecho a la protección de los datos de carácter personal que la conciernan”. 8.2. “Estos datos se tratarán de modo leal, para fines concretos y sobre la base del consentimiento de la persona afectada o en virtud de otro fundamento legítimo previsto por la ley. Toda persona tiene derecho a acceder a los datos recogidos que la conciernan y a su rectificación”. 8.3. “El respeto de estas normas quedará sujeto al control de una autoridad independiente”.

Como vemos la Unión Europea tiene una variada regulación sobre este tema. En España también existen normas al respecto como son: la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, (actualmente derogada) y la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales. Inicialmente, nuestro país elaboró una ley sobre la Protección de datos de carácter personal, sin embargo, esta ley ha sido derogada, debido a que la evolución informática y la era digital ha avanzado velozmente, entonces, los poderes públicos se han visto obligados a mejorar la regulación sobre los derechos y las garantías de carácter digital, para que nuestros datos de carácter personal sean tratados de manera formal.

El Sistema Nacional de Salud y los Servicios de Salud de las Comunidades Autónomas, son entidades que manejan mucha documentación e información de carácter personal por lo que están obligados a regirse por las Leyes de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales.

Los trabajadores de los Servicios de Salud de la Comunidad Autónoma de Castilla la Mancha, en este caso los Auxiliares Administrativos como personal que está directamente en contacto con los usuarios y por lo tanto que manejan muchos datos de carácter personal, deben de conocer los aspectos a tener en cuenta a la hora de tratar la información para su correcta tramitación en los procesos relacionados con su puesto de trabajo.

2 Objetivos

- Explicar la normativa relacionada con la Protección de Datos
- Comentar las normas a seguir en materia de protección de datos durante su manejo en el puesto de trabajo del Auxiliar Administrativo en los Centros sani-

tarios.

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

El Tratado de Funcionamiento de la Unión Europea (TFUE), es la primera normativa existente de la Unión Europea en la que está regulado la protección de datos de carácter personal. En su artículo 16 habla de los derechos de las personas en relación a la protección de datos.

También en la Carta de los Derechos Fundamentales de la Unión Europea hace alusión a que los datos se tratarán de modo leal, para fines concretos y sobre todo con el consentimiento de la persona afectada, también tienen derecho a acceder, rectificar, modificar.

Por otro lado, a nivel nacional también hay regulación al respecto, en este caso se encuentra la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, (actualmente derogada), en el que su objeto era “Garantizar y proteger, el tratamiento de los datos personales, las libertades públicas y los derechos fundamentales de las personas físicas, y especialmente de su honor e intimidad personal y familiar.

También hemos hecho referencia a la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales, (actualmente vigente), esta Ley regula la necesidad de adaptar el ordenamiento jurídico español al Reglamento (UE) 2016/679 del Parlamento Europeo y el Consejo, de 27 de abril de 2016, relativo a la protección de las personas y a la libre circulación de estos datos, el derecho fundamental de las personas físicas a la protección de datos personales y garantizar los derechos digitales de la ciudadanía conforme a lo establecido en la Constitución en su artículo 18.4.

Por otro lado, el artículo 5 de la misma Ley Orgánica 3/2015, hace referencia a que los responsables y encargados del tratamiento de datos, así como todas las personas que participen en cualquier proceso de este artículo estarán bajo el deber de confidencialidad al que se refiere el artículo 5.1.f del Reglamento (UE)

2016/679. Este punto será complementario de los deberes de secreto profesional conforme a su normativa. Las obligaciones se mantendrán aun cuando hubiese finalizado la relación del obligado con el encargado del tratamiento.

El auxiliar administrativo que durante el ejercicio de su profesión en los Centros de salud maneja cierta información de carácter personal tiene que cumplir unos deberes éticos y mora, regirse por las normativas establecidas y explicadas para que dicha documentación e información sea tratada de la forma más respetuosa posible.

Hago referencia a unas normas encontradas durante el estudio de este capítulo que son relativas al tratamiento de datos por parte del personal sanitario y administrativo de las que deben de tener en cuenta a la hora de manejar la información y documentación de los usuarios.

1. Se deben de tratar los datos de los pacientes como si fueran los tuyos propios.
2. Solo se deben acceder a la historia clínica del paciente al que se está atendiendo.
3. Los accesos a los programas informáticos serán auditados posteriormente.
4. Evita tratar la información de terceras personas, salvo autorización expresa.
5. No facilites las claves y contraseñas de tu ordenador.
6. No enviar información con datos de salud por correo electrónico, si fuera necesario, cifrar los datos.
7. Destruir la documentación que contenga datos personales antes de tirarlo a la papelera.

El auxiliar administrativo también debe de conocer los derechos que afectan a los pacientes y usuarios de estos centros para un correcto funcionamiento de los servicios prestados. Hago referencia a algunos derechos.

1. Transparencia e información.
2. Derecho de acceso.
3. Derecho de rectificación.
4. Derecho de supresión.
5. Derecho de limitación del tratamiento.
6. Derecho de portabilidad.
7. Derecho de Oposición.

El auxiliar administrativo debe de conocer los derechos y deberes propios del trabajador, de los usuarios, así como, el régimen sancionador de la normativa publicada sobre el tratamiento de datos, las clases de infracciones y sus posteriores tipificaciones sobre las que se pudiera enfrentar si durante la práctica de su trabajo cometiera incumplimiento alguno en el manejo de la información.

El servicio de salud de Castilla la Mancha en la página web de la Consejería de Sanidad, establece su política de privacidad a tener en cuenta para los centros de

trabajos dependientes de esta institución y para los usuarios, en la que establece como objetivo básico garantizar la privacidad y confidencialidad de los datos personales tratados en los diferentes sistemas informáticos y de tramitación. Aspectos a tener en cuenta cada día a la hora de realizar nuestro trabajo de forma segura.

5 Discusión-Conclusión

Desde la redacción del Tratado de Roma en 1957 hasta nuestros días, la protección de datos de carácter personal ha sido motivo de debate por los mandatarios de la Unión Europea y por los nacionales, también a tener en cuenta por la evolución de la tramitación de la información, por el desarrollo tan acelerado de la digitalización, por este motivo hay una variedad de publicaciones de Leyes, Reglamentos, Decretos, etc., de forma que va evolucionando en relación con el tiempo en el que vivimos.

La asistencia sanitaria es una materia delega a las Comunidades Autónomas y las autoridades se ven en la obligación de establecer las normativas comunitarias y fijar unas directrices a seguir en materia de protección de datos de carácter personal para proteger la información de las personas usuarias de estos servicios. Los auxiliares administrativos deben conocer sus derechos y obligaciones como las de los usuarios para ejercer su trabajo basado en las normativas relacionadas con la protección de datos.

6 Bibliografía

1. “Consejería de Sanidad de CLM” Política de privacidad en el Servicio de Salud de CLM (SESCAM). Página web: <http://sanidad.castillalamancha.es>
2. Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales.
3. Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad
4. Reglamento (UE) 2016/679 del Parlamento Europeo y del Consejo, de 27 de abril de 2016, relativo a la protección de las personas físicas en lo que respecta al tratamiento de datos personales y a la libre circulación de esos datos y por el que se deroga la Directiva 95/46/CE(RGPD)
4. Fichas temáticas sobre la Unión Europea. <https://www.europarl.europa.eu/factsheets/es/sheet/157/la-proteccion-de-los-datos-personales>
5. <https://www.aepd.es/es>

Capítulo 328

EL SECRETO PROFESIONAL EN LA SANIDAD POR EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO

MARIA INMACULADA LOSA MARÍN

BEATRIZ DEL PINO FERNÁNDEZ

MARIA PILAR SANCHEZ FABRA

1 Introducción

El auxiliar administrativo en el servicio de salud es el profesional encargado de gestionar las citas con los diferentes especialistas, afiliar a los pacientes al sistema general de la salud, orientar sobre los servicios disponibles, identificar al usuario. Con todo lo que conlleva debe tener ciertas aptitudes como: saber gestionar el tiempo, trabajar con los diferentes equipos de oficina que disponemos, llevar registros, ser organizado, que tenga buen trato por teléfono, que sepa de gramática y ortografía, sea capaz de llevar un control y un orden a la hora de priorizar las tareas.

El secreto profesional es una obligación que genera confidencialidad que es impuesta para que exista una confianza entre el profesional, en este caso el auxiliar administrativo y el paciente. Todo esto implica que hay que tener el compromiso de no divulgar lo que se conoce en el ejercicio de la profesión. Existen tres tipos de secreto profesional, los cuales son el secreto natural que es descubierto por casualidad, aunque no hay promesa de guardar secreto, es de obligación callar, el secreto prometido nace de la promesa de guardar silencio después de haber

conocido el hecho, y el secreto confiado que es el que genera una promesa antes de saber la confidencia, pasa estrictamente a ser confidencial o profesional. En el artículo 31 dice textualmente que el secreto profesional requiere que la información obtenida como consecuencia de su labor no sea usada para obtener una ventaja personal o para beneficio de un tercero.

2 Objetivos

- ☒ Conocer qué es el secreto profesional.
- ☒ Aprender a guardar el secreto profesional a nivel sanitario como personal de gestión

3 Metodología

Para la realización de este capítulo, que está basado en el secreto profesional a nivel del auxiliar administrativo, se ha buscado en diferentes buscadores de Internet, así como en documentos en pdf e incluso se ha utilizado la experiencia que poseemos durante el tiempo que llevamos trabajando.

4 Resultados

La protección de la intimidad del paciente, está recogida en la Ley General de Sanidad (artículo 10), al igual que en la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica (artículos 7 y 16), que recogen el derecho que los pacientes tienen a la confidencialidad de toda la información relacionada con su salud. Sin esta obligación no existiría la confianza por parte del paciente. El auxiliar administrativo es el encargado de gestionar la admisión de los pacientes, así como también es el encargado de manejar la documentación clínica, en cuyo caso, debe quedar garantizada su seguridad, la correcta conservación y la futura recuperación de la información.

Una relación de confianza entre el auxiliar administrativo y el paciente para que la actividad se desarrolle de manera clara y transparente. Los datos que los pacientes revelan sobre su historia clínica son de carácter personal y de especial protección, regulado por la Ley Orgánica 1/1982, de 5 de mayo de protección civil del derecho al honor, a la intimidad personal y familiar. Los auxiliares administrativos al estar en contacto con las historias clínica ya sea al trasladar-

las, para mecanografiarlas, guardarlas tienen y deben mantener el secreto profesional. Como trabajadores del sector sanitario un objetivo es decretar la obligatoriedad que debe cumplir el auxiliar administrativo para velar en todo momento por la intimidad del paciente, en la Ley Orgánica se recoge en su artículo 10 que todo profesional que maneje las historias están obligados al secreto profesional y al deber de guardarlos.

Se deben adoptar medidas para garantizar esa seguridad y así evitar la pérdida o tratamiento no autorizado de los diferentes datos personales. Deben mantener la confidencialidad en todo momento.

5 Discusión-Conclusión

Tras el capítulo se ha llegado a la conclusión, de que el secreto profesional en sanidad, no solo corresponde a los médicos, enfermeros, o el personal sanitario exclusivamente, sino que además influye en cualquier categoría que trabaje en sanidad, incluidos los auxiliares administrativos, ya que manejamos los datos de carácter confidencial a la vez que personal de los pacientes, hay varias leyes que lo regulan e incluso existe en códigos deontológicos de las profesiones sanitaria, si se acaba incumpliendo es un delito que está tipificado y castigado duramente por la ley. A excepciones que existen donde puede revelarse información confidencial cuando únicamente existan razones fundadas para ello.

6 Bibliografía

- 1-Código de Ética (IFAC) <https://revistamedica.com/auxiliar-administrativo-sanidad-secreto-profesional/amp/>
- 2-<https://www.politecnicomayor.edu.co/escuela-de-salud/auxiliar-administrativo-en-salud.html>
- 3.<https://www.unitecoprofesional.es/blog/sabes-que-es-secreto-profesional-sanitario/>

Capítulo 329

EL DESEMPEÑO DEL AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN EL REGISTRO

VICENTE JIMÉNEZ MONTALVO

VANESA BARAHONA SÁNCHEZ DE LEÓN

1 Introducción

Cualquier persona está en su derecho de poder presentar cualquier tipo de solicitud, escritos o comunicaciones que vallan a ser dirigidas a cualquier órgano que pertenezca, a cualquier administración pública o a entidades que tengan relación con estas administraciones, como también la documentación complementaria que las acompañen en un registro público.

Se puede decir que un registro es una oficina donde se presta atención a la ciudadanía y donde cualquier persona puede acudir para presentar escritos, solicitudes o comunicaciones que vayan dirigidas a las administraciones públicas. En este caso sería a una institución sanitaria.

En general, la función de controlar la entrada y salida de archivos en los diferentes órganos administrativos es la finalidad fundamental del registro en una Entidad Sanitaria. En estos términos caben dos acciones principales que es el lugar donde se centraliza la entrada y/o salida de documentos y/o libros u otros medios donde se anotará la documentación de entrada y/o salida que tiene lugar.

En el Servicio de Registro realizarán todas aquellas actividades asignadas los profesionales no sanitarios, como auxiliares administrativos, actividades como recep-

ción de solicitudes, escritos, comunicaciones o expedición de recibos etc y si el servicio es más amplio los realizaran superiores jerárquicos, los administrativos.

2 Objetivos

El propósito de este trabajo es el de realizar una revisión de la literatura que analice cómo influye el desempeño del auxiliar administrativo en el registro.

Los objetivos específicos los hemos dividido en tres:

- ü Establecer las competencias de conocimientos, habilidades y actitudes necesarias el desempeño del auxiliar de administrativo en el registro.
- ü Conocer la importancia de una realización eficaz del manejo del auxiliar administrativo en el registro.
- ü Mejorar el abordaje multidisciplinar en cuanto al registro.

3 Metodología

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

4 Resultados

El auxiliar administrativo, cuando tiene que trabajar en el registro de una entidad sanitaria, sus funciones son las siguientes ya sea su trabajo de carácter general como de carácter auxiliar:

- Tiene que recepcionar todas las solicitudes, escritos y comunicaciones que cualquier ciudadano presente para ser dirigido a cualquier entidad relacionada con la sanidad.
- Ha de expedir los recibos, comunicaciones o escritos de todas las solicitudes recibidas.
- Basándose en la Ley 30/1992 de 26 de noviembre, de régimen jurídico de las administraciones públicas y del procedimiento administrativo común, y en lo

dispuesto en los apartados 2 y 3 del artículo 38 de la presente ley, tiene que hacer anotación de asientos de entrada o de salida de todas las solicitudes, escritos y comunicaciones que haya recibido.

- Tiene que hacer una remisión de las solicitudes, comunicaciones y escritos a las personas, órganos o lugares destinatarios teniendo en cuenta el apartado 2 del artículo 38 de la ley 30/1992 de 26 de noviembre de régimen jurídico de las administraciones públicas y del procedimiento administrativo común.
- Tiene que expedir las copias selladas de los documentos originales que tienen que presentar los ciudadanos cuando presentan una solicitud o un escrito o una comunicación. También ha de expedir el registro de esa expedición.
- Tiene que cotejar y expedir las copias compulsadas de los documentos originales que presenta cualquier persona interesada en realizar cualquier trámite.
- Cualquier actividad que se le mande legalmente o reglamentariamente.

En cuanto a los procedimientos que tiene que hacer habitualmente, se detallan los siguientes:

- Cuando un ciudadano presenta un escrito ha de imprimirle el sello de registro propio ya bien sea para dar entrada o salida a un documento como también hará figurar la fecha y el número de registro que le corresponda. Tiene que haber una serie para los documentos que se reciben y otra para los que se emiten.
- Cuando se dé el caso de que un escrito va acompañado de una copia, sobre esta se ha de poner el sello con la fecha y hora de presentación.
- Cuando la copia no va acompañada y siempre que la persona interesada lo pida, se entrega un certificado de presentación.
- Posteriormente se hace el asentamiento de registro.

5 Discusión-Conclusión

En los servicios de registro sanitario, al cabo del día se reciben y se emiten muchísimos escritos, solicitudes y comunicaciones para uno o más órganos administrativos del ámbito sanitario para poder prestar la atención necesaria que cualquier ciudadano tiene derecho a poder registrar los documentos que estime oportuno.

Las funciones que tiene el auxiliar administrativo dentro de un registro sanitario son vitales en estos procesos de documentación que entra y sale del registro.

Que las solicitudes, comunicaciones o escritos que los ciudadanos presentan lleguen a su destino, depende principalmente del auxiliar administrativo, por lo que debe de tener unos buenos conocimientos sobre el tema para hacerlo correctamente y conseguir que el ciudadano quede satisfecho.

6 Bibliografía

1. CGT Sanidad. Concepto de documento, registro y archivo. Documentación de uso de las instituciones sanitarias: administrativa y clínica.
2. Fortuny S, Martínez-Hidalgo B, García R, Mateo L, & Suárez P. Digitalización de historias clínicas y seguridad del proceso. Papeles médicos. 2010; 19(2): 4.
3. Álvarez MT. Documentación clínica y archivo. Ediciones Díaz de Santos. 2004.
4. https://administracion.gob.es/pag_Home/atencionCiudadana/encuentraTuOficina/OficinasRegistro.html#.X9-0UuT2GEc.
5. <http://www.interior.gob.es/web/servicios-al-ciudadano/participacionciudadana/derechos-de-participacion-administrativa/registros-administrativos>.
6. https://sede.administracionespublicas.gob.es/pagina/index/directorio/registro_rec.

Capítulo 330

PAPEL DEL AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN ESTUDIOS DE POBLACIÓN: TIPOS DE PROGRAMAS ESTADÍSTICOS

VICENTE JIMÉNEZ MONTALVO

VANESA BARAHONA SÁNCHEZ DE LEÓN

1 Introducción

Cobran especial importancia los estudios científicos, sobre todo los epidemiológicos, que implican hacer muchísimos cálculos estadísticos que son bastante complejos y también funcionalidades básicas de ofimática.

Los diferentes programas informáticos que existen a día de hoy, se crearon con el objetivo de facilitar las tareas laborales y poder resolver problemas matemáticos muy complejos.

Haciendo mención al programa Excel, éste fue creado para poder resolver problemas de cálculo. Este programa es una hoja que contiene celdas cuadriculadas en la que podemos escribir cuentas matemáticas y el propio programa se encarga de resolverlas por sí solo sin que tengamos que nosotros resolver esas cuentas.

Cuando se hacen varias hojas de cálculo, estas se encuentran ancladas en la parte inferior del programa de tal manera que al ir pinchando con el ratón en cada una de ellas se nos abren en la ventana principal.

Cada hoja contiene celdas en forma de columnas o filas. En la parte superior de cada hoja, aparece una barra llamada barra de fórmulas, que se encuentra vacía y desde ella podemos escribir o modificar el contenido que hay en una determinada celda o que aparezca en ella.

Otro aspecto muy importante de este programa es que dispone de una función estadística con la que podemos hacer cualquier cálculo y esto facilitaría la labor del investigador.

2 Objetivos

El propósito de este trabajo es analizar cómo influye el papel del auxiliar administrativo en estudios de población: tipos de programas estadísticos.

Los objetivos específicos los hemos dividido en tres:

- ü Establecer las competencias de conocimientos, habilidades y actitudes necesarias en el auxiliar administrativo en estudios de población: tipos de programas estadísticos.

- ü Conocer la importancia de una realización eficaz del manejo de los diferentes tipos de programas estadísticos para los estudios de población.

- ü Mejorar el abordaje multidisciplinar en cuanto a los distintos tipos de programas estadísticos para los estudios de población.

3 Metodología

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

4 Resultados

Podemos definir los programas estadísticos como programas informáticos que tienen como función resolver problemas complejos, de manera que facilitan y agilizan el tiempo que se emplea para resolver los problemas que queremos hacer. Un ejemplo puede ser cuando queremos saber algunos datos de epidemiología.

A demás del programa Excel que hemos mencionado anteriormente, que posee una función estadística que con ella podemos hacer cualquier cálculo relacionado con este campo y con ello se facilita el trabajo al investigador.

Dentro del ámbito de la salud, existen diferentes programas estadísticos y entre los más empleados podemos citar los siguientes programas:

- SPSS: este programa es el que más se usa en el mundo sanitario. Consta de una aplicación que fue desarrollada por IBM. Este programa fue creado para poder utilizarlo con cualquier nivel de conocimiento. Es un programa de pago que para poder utilizarlo es necesario adquirir una licencia comercial, por lo que no puede estar al alcance de todo el mundo, sino a instituciones de un cierto tamaño.

SPSS statistics es compatible con el sistema operativo WINDOWS Y Mac. Su precio ronda los 95 euros por usuario al mes.

- Rcommander: este programa es una interfaz gráfica de usuario para el lenguaje de programación R. fue desarrollada por John Fox. Es un lenguaje bastante complejo de programación que se usa en estadística. Tiene como ventaja que es gratuito, fácil de usar y carece de licencia. A este programa también se le conoce como Rcmdr.

Por otra parte, si lo que se desea realizar cálculos de una envergadura mayor, se tiene que recurrir a programas más potentes pero que también es necesario adquirir unos conocimientos previos a su uso, ya que son programas muy complejos y su uso no es nada fácil. Estos programas son los siguientes:

- RStudio: este programa es la versión más completa del programa RCommander. Su uso es gratuito.

- Python: es un lenguaje de programación que se emplea mucho en estadística y en ciencia. Sus datos son mucho más potentes que R. su uso también es gratuito.

En el ámbito de la salud, hay datos que son importantes saber y que son de gran ayuda a la hora de hacer estudios como pueden ser datos sobre la prestación de sus servicios (consultas, hospitalizaciones, etc) y los recursos con los que cuenta (personal laboral, gastos, inventario de material, etc).

5 Discusión-Conclusión

En este trabajo hemos podido conocer algunos programas informáticos que se emplean en el sector de la sanidad para poder hacer estudios estadísticos de toda la población que entra en unas instalaciones relacionadas con la atención sanitaria.

Los programas informáticos que se emplean van desde el más sencillo y accesible para todo el mundo como es el Excel, hasta otros programas informáticos que ya son más complejos y específicos del sector sanitario incluso alguno de ellos precisan de licencia como pueden ser SPSS, R-commander, RS-estudio y Phytion.

Estos programas son muy útiles debido a que nos ayudan a interpretar de forma adecuada los datos recabados.

Por todo esto, es muy importante que el personal de auxiliar administrativo que desempeña sus funciones en un centro sanitario, haya adquirido los conocimientos previos para poder manejar con total soltura todos estos programas.

6 Bibliografía

1- Aplicaciones de consulta - Portal Estadístico- gobierno de España- disponible en <https://www.msrebs.gob.es/estadEstudios/estadisticas/sisInfSanSNS/aplicacionesConsulta/home.htm>

2- Cómo hacer análisis estadísticos de datos en excel. El ABC de la estadística aplicada en Excel- disponible en <https://conceptosclaros.com/como-hacer-analisisestadisticos-de-datos-en-excel/>

Capítulo 331

EL SECRETO PROFESIONAL POR PARTE DEL AUXILIAR ADMINISTRATIVO

VANESA BARAHONA SÁNCHEZ DE LEÓN

VICENTE JIMÉNEZ MONTALVO

1 Introducción

En todo tipo de trabajo, es muy importante el secreto profesional, ya que es una obligación de confidencialidad para respetar la intimidad de los pacientes.

La persona que desempeña su trabajo como auxiliar administrativo en un centro sanitario, tiene la obligación de confidencialidad, ya que va a manejar información privada e íntima del paciente al que va a atender.

Los auxiliares administrativos en todo momento han de proteger la privacidad de los pacientes y evitar dar información del paciente a terceras personas no autorizadas para ello, ya que de hacerlo incurriría en un delito y podría enfrentarse a reclamaciones por parte del paciente afectado.

Los datos médicos que maneja un auxiliar administrativo sobre un paciente y que forman su historial médico, son datos personales y se encuentran protegidos en la Ley de organización de protección de datos y según esta ley, solo pueden obtenerse, procesarse o transferirse por motivos justificados o por consentimiento explícito del paciente.

Es muy importante diferenciar entre secreto profesional y confidencialidad.

Dentro de un centro sanitario, es muy importante que el secreto profesional se cumpla en todos los departamentos. Dentro de un centro sanitario, ningún profesional podrá mirar o informar de datos de pacientes que no le corresponden o que no esté capacitado para poder hacerlo.

2 Objetivos

Conocer los diferentes tipos de secreto profesional.

Conocer la legislación relativa al secreto profesional.

3 Metodología

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

4 Resultados

Existen tres tipos de secreto profesional dentro de ámbito profesional y son los siguientes:

En primer lugar tenemos el secreto natural: este tipo de secreto es totalmente independiente de cualquier contrato. Este secreto abarca todo aquello que no se puede relevar y que se ha descubierto ya sea por accidente, investigación personal o por confidencialidad.

En segundo lugar, tenemos el secreto prometido: este tipo de secreto ya viene de un contrato y de la promesa que se hace de guardar silencio una vez que se conocen los datos ya bien sea por casualidad, por una investigación o por confidencialidad. Pude darse el caso de que un mismo secreto pueda ser a la vez secreto natural y secreto prometido. Natural sería cuando requiera discreción y prometido cuando además de discreción va ligado a una promesa.

Por último tenemos el secreto confiado: antes de ganarse la confianza en uno mismo, hay una promesa. La confidencialidad se convierte en confidencial o profesional.

Cualquier profesional que realice un incumplimiento del secreto, será castigado por lo recogido en el código penal.

Existen varios casos en los que el secreto profesional puede ser vulnerado y son los siguientes:

- Cuando se produce un daño de forma premeditada y siendo consciente de ello.
- Mediante una confidencia a otra persona.
- Mediante un tipo de conversación informal.
- Cuando se vulnera sin intención pero directa.

Cuando se vulnera el derecho de secreto profesional y no se ha tenido consentimiento del paciente, los delitos vienen recogidos en el código penal y podemos destacar algunos importantes como por ejemplo:

Artículo 197 del código penal: se castiga con pena de prisión de 1 a 4 años y multa de 12 a 24 meses a la persona que para descubrir información confidencial de otra persona se apodera de sus documentos personales.

Artículo 199: se castiga con pena de prisión de 1 a 4 años, multa de 12 a 24 meses e inhabilitación de su cargo profesional durante un tiempo de dos a seis años a la persona que debido al cargo profesional que desempeña obtuviere información confidencial y la revele a terceras personas.

5 Discusión-Conclusión

Un problema muy frecuente a los que están expuestos los técnicos auxiliares administrativos es que cuando atienden una llamada telefónica, no es posible identificar si la persona que está llamando es familiar del paciente y si se le puede informar.

A la hora de transmitir información de un paciente, el auxiliar administrativo tiene que tener muy claro que tipo de información puede dar a terceras personas para evitar vulnerar el derecho de la intimidad personal del propio paciente y el secreto profesional.

Por otra parte, para que esto no ocurra y evitar que el personal auxiliar administrativo incurra en un delito por desvelar información confidencial, ha de tener una adecuada formación para saber en todo momento que tipo de información

puede dar y cual no. También es importante que tenga conocimiento de los protocolos de actuación para evitar problemas legales.

6 Bibliografía

- Marroquín, M. T. D. (2012). 06 Confidencialidad y Secreto Profesional.
- Díaz, A. M. C., & Arias, A. V. (2016). Responsabilidad social y ética médico-sanitaria. *Revista Ratio Juris*, 11(22), 73-90.
- Trejo, C. (2000). Los derechos humanos y su vinculación con los derechos de los pacientes. *Revista médica de Chile*, 128(12), 1374-1379.
- López-de la Peña, X. A. (1999). El Derecho al respeto de la Dignidad de los Pacientes. *Gac Med Mex*, 135(1).
- Atienza Navarro, M., Carrión Olmos, S., Cobas Cobiella, C., Chaparro Matamoros, P., Chaves Pedrón, C., de la Maza Gazmuri, Í... & Moliner Navarro, R. (2011). La Ley orgánica 1/1982, de 5 de mayo, de protección civil del derecho al honor, a la intimidad personal y familiar ya la propia imagen. Colección textos de jurisprudencia.

Capítulo 332

EL DERECHO A LA CONFIDENCIALIDAD EN EL ÁMBITO SANITARIO

BELÉN GARCÍA PARRONDO

1 Introducción

La confidencialidad es un aspecto fundamental de la calidad de la relación entre el personal sanitario y el usuario, y por extensión de la calidad sanitaria.

En el ámbito sanitario, debemos entenderla como el derecho que tiene la persona que recibe la atención sanitaria a que toda la información utilizada en dicha atención, quede restringida a los profesionales y usos que se relacionan con tal fin.

El incumplimiento del secreto profesional, puede dar lugar a sanciones administrativas, ó inhabilitación profesional ó incluso cárcel.

El secreto profesional implica el compromiso de no divulgar lo conocido en el ejercicio de la profesión.

Es una obligación de confidencialidad impuesta por la necesidad de que exista una confianza entre el profesional y el paciente, respetando así la intimidad del mismo.

La confidencialidad es un derecho y un deber. Los datos que revela un paciente dentro del ámbito sanitario, son datos de carácter personal y deben ser tratados como tal.

En la antigüedad, la confidencialidad se entendía como una cuestión de discreción por parte de los profesionales sanitarios y no como un derecho del paciente.

Es necesario promover la reflexión sobre la intimidad y la confidencialidad, por su especial relevancia en el ámbito sanitario y por sus implicaciones éticas y profesionales.

Es básico trabajar en equipo y marcarse objetivos. El paciente es dueño de su información.

2 Objetivos

Conocer los derechos con respecto a la confidencialidad de los usuarios en el sistema sanitario.

3 Metodología

Para elaborar el 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 derecho que todos los paciente tienen a la confidencialidad de toda la información relacionada con su salud, aparece recogido tanto en la Ley General de Sanidad (artículo 10), como en la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica, que recogen el derecho que los pacientes tienen a la confidencialidad de toda la información relacionada con su salud.

Sin esta obligación no podría existir confianza por parte del paciente para compartir la información necesaria para ser atendido de la mejor manera por su médico.

El derecho a no saber y la confidencialidad en torno a las enfermedades, se debe respetar la voluntad del paciente si éste expresa el deseo de no conocer los datos de su enfermedad.

Si su información se utiliza con fines de investigación, los investigadores deben obtener su consentimiento informado. Esto significa que podrían utilizar su información médica de forma anónima para realizar investigaciones.

A los profesionales que trabajan en las unidades asistenciales se les recomienda en cuanto a la garantía del derecho a la confidencialidad:

- Difundir a los profesionales las normas de confidencialidad establecidas.
- Adoptar medidas de seguridad para una localización y acceso restringido a las historias clínicas.
- Informar a los pacientes en lugares reservados para ello.
- Evitar comentarios entre profesionales sanitarios sobre pacientes y discusión de casos clínicos en lugares inadecuados ó con interlocutores no autorizados.

Los médicos serán los responsables de la protección de la información referente a su paciente, de su privacidad y su confidencialidad. También son responsables de asegurar que los datos del paciente no pierdan o corrompan. Todos ellos deben conocer las normas de seguridad.

5 Discusión-Conclusión

Todo profesional sanitario estará obligado a guardar el secreto profesional sobre cualquiera información relacionada con su puesto de trabajo.

Divulgar información confidencial puede generar delitos penales ó separación de su puesto de trabajo.

Existe un gran desconocimiento de las leyes y de las penas que conlleva la vulneración de este derecho. Se castigará con penas de prisión de 1 a 4 años y multa de 12 a 24 meses.

Cuando se trata de procesos relacionados con la salud el paciente es el dueño de la información y decide a quién delegarla y que pueda recibirla. Nadie podrá acceder a ella sin previa autorización del paciente y siempre amparado por la ley.

6 Bibliografía

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

Capítulo 333

CAÍDAS EN EL CENTRO HOSPITALARIO

EVA MARÍA RIESCO MENÉNDEZ

CARLA BRAÑA SUAREZ

1 Introducción

Contrariamente a lo que se pudiera pensar en un principio no son sólo los pacientes de edad avanzada y los más frágiles los que tienen riesgo de caídas. Cualquier persona de cualquier edad y condición física puede caerse debido a la medicación que está tomando, cirugía, pruebas diagnósticas o cambios en su salud que la pueden dejar confusa o débil.

La prevención de caídas en el hospital es importante porque se calcula que aproximadamente un 3 % de los pacientes hospitalizados se caen y el 30 % estas caídas tienen como consecuencia lesiones que van desde simples moratones hasta fracturas o hemorragias internas. Estas caídas retrasan la recuperación teniendo que permanecer en el hospital más tiempo, reducen la calidad de vida y conllevan un aumento del coste hospitalario.

La población con mayor riesgo de sufrir caídas son los menores de 7 años y los pacientes mayores de 65 años con estancias prolongadas en centros sanitarios. Aunque todos los pacientes ingresados tienen riesgo, en cierta manera, de sufrir alguna caída durante su estancia debido a múltiples factores: edad, estado cognitivo, medicación, movilidad, etc.

Destacar que las lesiones producidas por caídas suponen una proporción muy alta de causa de muerte accidental en personas mayores.

2 Objetivos

- Determinar qué factores incrementan el riesgo de caídas y en qué lugares se producen.
- Describir medidas que se pueden tomar para disminuir dicho riesgo, describiendo el uso de escalas para hacer un cálculo individual del riesgo de caídas.

3 Metodología

Se ha realizado una revisión bibliográfica sistemática sobre la literatura científica existente sobre estadísticas de caídas en el ámbito hospitalario, sus causas, consecuencias y prevención de las mismas.

Se ha consultado a través del motor de búsqueda PubMed con las palabras clave: caídas, hospital, prevención así como en las páginas web referidas en la webgrafía.

4 Resultados

Ingresar en un centro hospitalario incrementa las probabilidades de caídas de cualquier persona por diversos factores, porque no está familiarizada con el lugar, la propia condición física o psíquica que le llevó al hospital y la toma de medicamentos pueden causarle mareos y confusión, las pruebas y los tratamientos pueden debilitarle e incrementar su inestabilidad al caminar y por último la falta de actividad inherente a su estancia en el hospital causa una disminución de la masa muscular que incide negativamente.

En los hospitales donde se han estudiado las caídas de pacientes hospitalizados éstas son significativamente más comunes en geriatría y en medicina interna, esto probablemente es debido a las características de los pacientes.

Más de la mitad del total de las caídas se producen desde la cama o cerca de la misma. El traslado a o desde la silla de ruedas es una actividad donde se producen bastantes caídas también y el resto suelen ser en el pasillo o en el cuarto de baño.

Esta información debería tenerse en cuenta al implementar estrategias e intervenciones de prevención de caídas.

Respecto a las medidas para evitarlas, destacamos las siguientes:

Fomentar el movimiento y la independencia de los pacientes es beneficioso en principio. De hecho un plan de movilidad diario sería idóneo para evitar la pér-

dida de masa muscular. Pero en casos de alto riesgo de caídas, se debe procurar que éstos permanezcan en la cama o sentados el mayor tiempo posible mientras están solos asegurándose de que tengan cómodo acceso a la luz, timbre, agua o teléfono móvil.

También se les puede dar unas indicaciones respecto a la forma en que se levantan de la cama de forma que lo hagan en tres pasos: primero sentarse, luego sacar los pies pero seguir sentado y finalmente ponerse en pie. Esto podría evitar mareos. Si tienen goteros u otros dispositivos conectados que pidan ayuda cuando necesiten levantarse o ir al baño.

No andar a oscuras, encender siempre las luces y utilizar las barras o apoyos existentes en el entorno.

Periódicamente habrá que verificar que las ayudas técnicas disponibles estén en buen estado y que se les está dando el uso correcto para el que están pensadas.

A título individual, existen escalas para medir el riesgo como la escala Morse, que a partir de parámetros como el diagnóstico, el equilibrio, el estado físico y mental, las caídas previas recientes, si tiene vía intravenosa, etc.; pueden establecer el riesgo de que se produzca una caída sumando los puntos asignados a cada ítem valorado. Luego, según el riesgo calculado se identifican las acciones recomendadas en cada caso.

Esta evaluación habrá que repetirla cada vez que cambien el estado de salud del paciente o su entorno. En la historia clínica se pone un identificador visual y se informa a los profesionales que tengan que trabajar con dicho paciente.

También es conveniente informar al propio paciente y a la familia o personal encargado de cuidarle para que participe en la prevención del riesgo de caídas. El problema de estas escalas es que no incluyen factores como el personal nuevo, o los índices de ocupación del servicio que también tienen un impacto sobre la incidencia de caídas.

5 Discusión-Conclusión

Hay múltiples factores de riesgo en el caso de las caídas que son diferentes para cada paciente. Además, estos factores pueden cambiar para una misma persona dentro del período de tiempo que permanece en el hospital.

Una evaluación de los riesgos de caídas de cada paciente redundaría en un beneficio para ambos: el paciente y el hospital.

Las medidas estándar como mantener ordenada la estancia, acondicionarla con barras y/o dispositivos de apoyo pueden servir en la mayoría de los casos.

En los casos de más riesgo habrá que evaluar detenidamente factores individuales como el historial de caídas recientes, medicamentos que causan problemas de equilibrio o sedación, estado mental, la frecuencia con la que necesitan ir al baño, problemas de vista o hipotensión. En función de este análisis se puede hacer una planificación individual o intervención efectiva para reducir el riesgo de caídas que puesta por escrito garantizaría el conocimiento de la misma por todos los miembros del equipo de atención.

6 Bibliografía

1. Agencia para la Investigación y la Calidad del Cuidado de la Salud <https://www.ahrq.gov/>.
2. <https://www.imsero.es/>.
3. <http://www.sspa.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/>.
4. <http://www.hospitalregionaldemalaga.es>.
5. <http://www.murciasalud.es/>.

Capítulo 334

LENGUAJE NO VERBAL EN EL ÁMBITO SANITARIO

EVA MARÍA RIESCO MENÉNDEZ

CARLA BRAÑA SUAREZ

1 Introducción

Según el investigador Mark L. Knapp la comunicación no verbal es “toda comunicación humana que trasciende las palabras dichas o escritas”. O sea, son los movimientos de manos, cabeza u otras partes del cuerpo que consciente o inconscientemente usa alguien para comunicar algo. Principalmente transmiten emociones, pero también dan pistas sobre la personalidad y la actitud de quien habla. También forman parte del lenguaje no verbal, las expresiones de la cara, la manera de mirar, la distancia que mantenemos respecto al otro interlocutor, el aspecto personal, la complexión física, la postura, la entonación y ritmo con el que hablamos, los silencios, los sonidos que emitimos como pueden ser risas, suspiros, llantos, etc.

El tacto, el olor, la ropa, peinado y los complementos también se consideran lenguaje no verbal.

Así como ocurre en el lenguaje hablado, cada pueblo tiene sus propias peculiaridades respecto a la comunicación no hablada. En el caso de personas pertenecientes a culturas diferentes, un mismo gesto no tiene porqué significar lo mismo para una persona que para la otra, lo que podría acarrear malinterpretaciones y consecuencias no deseadas.

Estos mensajes no verbales llegan a los demás junto con el lenguaje hablado y su importancia es tal que la percepción que tengan de nosotros estará más influida

por estos mensajes “subliminales” no verbales que por lo que decimos de palabra. La veracidad de la información que estamos comunicando de forma hablada queda comprometida si nuestro lenguaje corporal transmite lo contrario. Si existe una contradicción entre el lenguaje verbal y el no verbal éste último es el que impactará en el inconsciente de nuestro interlocutor. En cambio aquellas personas que con sus gestos refuerzan lo que están diciendo son las que tienen lo que llamamos “carisma”.

Algunos ejemplos de lenguaje no verbal y los mensajes que transmiten son:

- Cerrar los puños: tensión, agresividad.
- Sentarse en el borde de un asiento: incomodidad.
- Echar la espalda hacia atrás exageradamente: falta de interés o cansancio.
- Cruzar los brazos: cerrarse a un posible diálogo.
- Mirar al suelo: inseguridad.
- Cercanía o lejanía entre 2 personas: grado de intimidad.

Este lenguaje no verbal adquiere mayor importancia en el caso interacciones comunicativas en que el que hay dificultades para expresarse de forma verbal: extranjeros que no dominan el idioma, personas con discapacidades que les impiden comunicarse de forma clara como puede ser la auditiva o los trastornos del habla.

2 Objetivos

- Determinar la influencia del lenguaje no verbal en la comunicación dentro del ámbito sanitario.
- Determinar la relevancia del lenguaje no verbal en la interacción con otras culturas y en determinadas discapacidades.

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, con las palabras clave lenguaje no verbal, comunicación, ámbito sanitario y tipos de lenguaje.

4 Resultados

Prestar atención al lenguaje no verbal de los usuarios del sistema sanitario puede darnos información que no manifiestan verbalmente, bien por prejuicios, diferencias culturales, etc. Simplemente el fijarse en los gestos de la cara como el movimiento de los párpados y cejas, las arrugas de la frente, la dirección o duración de la mirada o los movimientos de los labios revelan alegría, tristeza, nerviosismo o miedo.

La comunicación dentro del ámbito sanitario tanto entre profesionales del sector entre sí como con los pacientes y demás usuarios del sistema puede mejorar si tenemos en cuenta una serie de habilidades y destrezas básicas como son:

- Hablar de forma clara y despacio situándonos al mismo nivel.
- Sonreír cuando tratemos de comunicar emociones positivas.
- Establecer una proximidad sin invadir el espacio del interlocutor ni intimidarlo. El profesional que se sienta junto al paciente a hablar con él obtendrá más información que el que pregunta de pie y desde la puerta.
- Saber escuchar respetando sus tiempos de intervención hará que perciba nuestro interés, respeto y confianza.
- Cuidar la apariencia personal en lo posible, ya que es lo primero que ve el paciente.
- Mantener el contacto visual ya que transmite interés.

Respecto a las peculiaridades culturales, los latinoamericanos pueden percibir el tono enfático, los gestos expresivos y una forma muy directa de hablar como enfado, descortesía o incluso mala educación.

Con inmigrantes eslavos no se producen grandes problemas comunicativos.

En la cultura magrebí gritan y ríen más, también se tocan más. En el caso de mujeres procedentes del norte de África hablan en voz baja y rehúyen la mirada directa.

El comportamiento del paciente de India y Pakistán es más ceremonial y a los sanitarios españoles puede parecerles distante.

El desconocimiento de los patrones comunicativos de las distintas culturas, sus costumbres y creencias sanitarias puede dar lugar a más de un malentendido.

En la medida de lo posible, habrá que hablar con voz suave, relajada, transmitiendo serenidad y confianza, permitiendo que pregunten y contestar respetando los turnos. Aún así, habrá ocasiones en que la comunicación no se pueda llevar a cabo sin la intervención de una tercera persona que haga no sólo de traductora sino de mediadora intercultural.

En la atención sanitaria a personas con algunas discapacidades, especialmente las aquejadas de sordera se pueden presentar dificultades de comunicación que pueden afectar negativamente al diagnóstico y al tratamiento. Estas personas refieren que cuando van solas, a menudo, les hablan a gritos, lo cual no sirve de nada puesto que están sordas. Y cuando van acompañadas por un familiar o por un intérprete no siempre dicen todo lo que les gustaría para que no se entere esa tercera persona. El no ver la cara de la persona que les está hablando, en el caso de un parto por ejemplo, puede generarles angustia, miedo y frustración.

5 Discusión-Conclusión

La comunicación no verbal transmite mucha de la información, según algunos autores la mayor parte de la misma, que los demás reciben cuando hablamos. Además tiene particularidades propias de cada cultura, y no sólo eso, ya que un anciano procedente de una aldea probablemente no interpreta el mismo gesto de la misma forma que un adolescente de una gran ciudad aunque sean del mismo país.

No se debería ignorar la existencia de diferencias culturales y a este respecto una formación, o al menos una guía explicativa de los signos no lingüísticos (gestos corporales y faciales, posturas, maneras, distancias, inflexiones de voz) puesta a disposición del personal sanitario sería de utilidad para una atención sanitaria respetuosa con el otro y sus diferencias.

6 Bibliografía

1. Universidad de Valencia <https://www.uv.es>.
2. Asociación Española de Pediatría de Atención Primaria <http://www.aepap.org>.
3. Universidad de Alicante <https://rua.ua.es>.

Capítulo 335

LA CALIDAD EN LOS CENTROS SANITARIOS

NATALIA GARCIA ANTUÑA

1 Introducción

El diccionario de la Real Academia Española define el concepto de calidad como: "la propiedad o conjunto de propiedades inherentes a una cosa que permite apreciarla como igual, mejor o peor que la resta resultante de su misma especie".

En la definición anterior se establecen dos características esenciales del término calidad:

- Subjetividad en su valoración.
- Su relatividad, no es una cualidad absoluta qué se tiene o no se tiene, sino un atributo relativo, porque se tiene más o menos calidad.

En la literatura especializada nos podemos encontrar con numerosas definiciones, formuladas en función tanto de las características del bien o servicio como de la satisfacción de las necesidades y exigencias del consumidor.

La calidad es:

- El grado de satisfacción que ofrecen las características del producto con relación a las exigencias del consumidor.
- El conjunto de especificaciones y características de un producto servicio referidas a su capacidad de satisfacer las necesidades que se conocen o presuponen.
- El conjunto de propiedades y características de un producto o servicio que le confieren la aptitud para satisfacer unas necesidades manifiestas o implícitas.
- El conjunto de todas las propiedades y características de un producto que son apropiadas para cumplir las exigencias del mercado al que va destinado.

- el cumplimiento de las especificaciones, los requisitos del diseño del producto o servicio.

- El grado de adecuación de un determinado producto o servicio a las expectativas del usuario o ciertos parámetros tecnológicos o científicos expresados mediante normas concretas.

Ishikawa, sintetiza la satisfacción de las necesidades del consumidor, con la conformidad con las especificaciones del diseño, en la siguiente afirmación. “Trabajar en calidad consiste en diseñar, producir y servir un bien o servicio que sea útil, lo más económico posible y siempre satisfactorio para el usuario”.

Establece además tres tipos de calidades:

- Calidad demandada.

- Calidad diseñada.

- Calidad realizada.

El grado de calidad va aumentando a medida que las tres calidades son más concordantes.

2 Objetivos

Conocer los criterios y dimensiones implicados en el control de la calidad en los centros sanitarios.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo se ha realizado una revisión bibliográfica de libros y también se han consultado artículos en las principales bases de datos: pubmed, medline y scielo, seleccionando los artículos científicos más interesantes procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), la calidad de la asistencia sanitaria es: “asegurar que cada paciente reciba el conjunto de servicios diagnósticos y terapéuticos más adecuado para conseguir una atención sanitaria óptima, teniendo en cuenta todos los factores y los conocimientos del paciente y del servicio médico y lograr el mejor resultado con el mínimo riesgo de efectos iatrogénicos y la máxima satisfacción del paciente con el proceso”.

Las dimensiones o variables implícitas en la definición de calidad responden a tres criterios:

1. Criterio técnico: aplica la ciencia y la tecnología médica y otras ciencias de la salud a un problema sanitario individual, de forma que se maximizan los beneficios y se minimicen o no se incrementan los riesgos.
2. Criterio interpersonal: regular la interacción social y psicológica entre el cliente y el profesional y considera el grado de autonomía responsabilidad del usuario frente al grado de dependencia que genera la actividad asistencial significa encontrar el equilibrio entre empresa-cliente.
3. Criterio económico: supone la distribución y utilización racional de los recursos económicos disponibles a fin de conseguir los objetivos propuestos, lo cual obliga a establecer previamente preferencias. Calidad y coste son dos factores inseparables. La atención insuficiente, excesiva, innecesaria o ineficaz origina un coste de calidad y, en consecuencia, una disminución de la calidad de la asistencia.

Podemos establecer dimensiones de la asistencia sanitaria relacionadas con su calidad.

1. Efectividad: capacidad de mejorar el grado de salud de un procedimiento o tratamiento concreto. Es también la relación entre el impacto real de un servicio y su impacto potencial en situación e ideal. Relaciona la capacidad de actuar del médico y su equipo para que los pacientes consigan el resultado más deseable.
2. Eficiencia: relación entre el impacto real de un servicio y su coste de producción. También se define como la prestación del máximo de servicios de calidad por unidad de recursos disponibles o la prestación del máximo de unidades comparables de cuidados sanitarios por unidad de recursos utilizados. Tiene dos características:
 - Idoneidad de los servicios: es la oportunidad o suficiencia de un servicio concreto prestado al paciente. La idoneidad del servicio se evalúa con el análisis del procedimiento, el tratamiento y las pruebas diagnósticas empleadas, comprobando si eran o no excesivas y si fueron o no prestadas como mejor convenía a las necesidades del paciente. Está relacionado con la forma de utilización de los recursos con el fin de mejorar o mantener el estado de salud del paciente.
 - Coste de los servicios: un alto coste de las prestaciones sanitarias puede constituir una barrera para los pacientes. Si se pretende lograr una eficiente provisión de servicios, en última instancia el coste debe ser igual al valor que tienen para el paciente.
3. Seguridad: balance positivo de la relación beneficio/riesgos.
4. Adecuación: relación entre la disponibilidad de los servicios y las necesidades

de la población. Su valoración comprende tanto la cantidad de recursos como su distribución geográfica.

5. Competencia profesional: capacidad del profesional de utilizar plenamente sus conocimientos en su tarea de proporcionar salud y satisfacción a los usuarios. Se refiere a la función operacional y a la relacional, tanto del profesional sanitario como de la organización.

6. Calidad científico-técnica: es el grado de aplicación de los conocimientos y tecnología médicos disponibles.

7. Aceptabilidad: tiene dos dimensiones.

- Satisfacción del paciente: grado de cumplimiento de sus expectativas en cuanto a la atención recibida y los resultados de la misma. Incluye la satisfacción con organización, la asistencia recibida, los profesionales y los resultados de la atención sanitaria.

- Cooperación del paciente: grado en el que el paciente cumple el plan de atención. Depende de la relación que se establece entre el paciente y el profesional. Es un componente de gran importancia en la atención sanitaria ambulatoria.

8. Situación del profesional: es el grado de complacencia del profesional con las condiciones del trabajo. Su inclusión entre los atributos de la calidad deriva de la influencia que tiene la satisfacción laboral en la calidad del trabajo.

9. Disponibilidad/accesibilidad:

- Disponibilidad: grado en que los servicios sanitarios se hallan en estado operativo. Como regla general, los cuidados sanitarios deben estar disponibles cuando se necesite durante el ciclo de la vida del paciente y cuando surja cualquier enfermedad.

- Accesibilidad: facilidad con que se obtienen, en cualquier momento, los servicios asistenciales, a pesar de posibles barreras económicas, geográficas, de organización, psíquicas y culturales. Es la posibilidad de que un consumidor obtengan los servicios en el lugar y momento que los necesita, en suficiente cantidad y a un coste razonable.

10. Continuidad: es el tratamiento del paciente como un todo en un sistema de atención integrado. Los servicios deben ser continuos y coordinados para que el plan de cuidados de un paciente progrese sin interrupciones.

5 Discusión-Conclusión

Como conclusión, la calidad es intangible y por lo tanto no mensurable la calidad se puede medir con los costes de calidad.

Creer que existe la economía de la calidad no se puede economizar en calidad siempre más es más barato hacer las cosas bien desde la primera vez y todas las veces.

Todos los problemas son originados por los trabajadores en especial por los de producción los problemas de calidad existen en todas las áreas de la empresa y muchas ocasiones tiene una repercusión los que surgen en campos ajenos a la producción.

La calidad se origina en el departamento de calidad. Existen problemas de producción de contabilidad de compras de diseño o de dirección que repercuten en la calidad y que son responsabilidad de los que realizan el trabajo. La misión del departamento de control de calidad no es hacer el trabajo de los demás.

6 Bibliografía

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

Capítulo 336

EL SISTEMA NACIONAL DE ACOGIDA E INTEGRACIÓN DE PERSONAS SOLICITANTES Y BENEFICIARIAS DE PROTECCIÓN INTERNACIONAL.

JUAN PÉREZ PALACIOS

MARIA ESTELA LA PARRA SALCEDO

PIEDAD YOLANDA PAUCAR PAUCAR

MYRIAM JEANNETH PAUCAR PAUCAR

1 Introducción

Los movimientos migratorios y conceptos como protección internacional, refugio o asilo político, son temas de rigurosa actualidad. Lo son desde hace varios años, que comenzamos a presenciar movimientos de personas que huyen de conflictos bélicos como en Siria, y también de más reciente actualidad desde que se están produciendo esos mismos movimientos en Ucrania tras el inicio de la invasión de Rusia a este país en este mismo año.

En Europa no existe realmente un sistema común de asilo para toda la unión, por lo tanto, en el presente capítulo, nos centraremos en el Sistema Nacional de Acogida e Integración a personas solicitantes de asilo y protección internacional que existe en España y cuya competencia ostenta el Ministerio de Inclusión Social, Seguridad Social y Migraciones, a través de la Secretaría de Estado de Migraciones, órgano encargado de desarrollar la política migratoria definida por el

Gobierno en materia de inmigración, integración de los inmigrantes y ciudadanía española en el exterior, que cuenta con una estrategia de atención integral a personas solicitantes y beneficiarias de protección internacional, protección temporal en España, o estatuto de apátrida, para facilitar una acogida y un inicio de in proceso de inclusión para la preparación para la autonomía de las personas migrantes.

2 Objetivos

Conocer los destinatarios del Sistema de Acogida e Integración y describir brevemente los requisitos de acceso.

Explicar los itinerarios de integración del Sistema de Acogida e Integración.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre literatura existente sobre el Sistema de Acogida y Protección Internacional, así como una revisión web del Ministerio de Inclusión, Seguridad Social y Migraciones.

4 Resultados

Los destinatarios de las actuaciones que integran el Sistema de Acogida e Integración, serán las personas, unidades familiares, y unidades de convivencia que cumplan los requisitos básicos que, de manera breve, se enuncian a continuación:

- Ser solicitante de protección internacional en España.
- Ser aceptada por España la responsabilidad de examinar su solicitud.
- Tener reconocido el estatuto de refugiado o la protección subsidiaria en España.
- Tener solicitado o reconocido el estatuto de apátrida.
- Ser beneficiario de protección temporal.

Además de estos requisitos básicos, también deben cumplir una serie de requisitos adicionales:

- No ser nacional de un Estado miembro de la Unión Europea o países asociados
- No tener reconocida la protección internacional en cualquier otro estado miembro de la Unión Europea o en países asociados

- No ser un menor no acompañado (MENA), ya que la competencia de los menores no acompañados corresponde a las Comunidades Autónomas.
- No haber permanecido, con independencia del estatus legal, más de 2 años, de forma continuada o no, en cualquier país de la Unión Europea o de países asociados
- Carecer de recursos suficientes para atender sus necesidades y las de su unidad familiar.
- No haber sido destinatario de las prestaciones ofrecidas en el Sistema de acogida por el periodo máximo de percepción estipulado para cada una de ellas.
- No haber abandonado una plaza del Sistema de acogida de protección internacional o el itinerario propuesto sin la autorización de la entidad responsable del mismo.
- No haber causado baja obligatoria del Sistema de acogida de protección internacional.
- No haber presentado solicitudes previas de protección internacional que hubieran sido inadmitidas o denegadas en España o en países asociados al Reglamento Dublín.

Una vez cumplidos estos requisitos, se puede iniciar la intervención que estará orientada durante todo el proceso a que los destinatarios puedan adquirir gradualmente autonomía, un proceso en el que deberán participar activamente y que se divide en varias fases pese a que todas ellas tienen una serie de actuaciones que son transversales como son el aprendizaje del idioma, la asistencia jurídica, la atención psicológica y la formación e intermediación laboral.

Las fases de las que constan los itinerarios de integración son las siguientes:

Fase de evaluación y derivación (también llamada de primera acogida): Durante esta fase, se evalúan las necesidades de los destinatarios para su posterior derivación al recurso más adaptado tan pronto como sea posible, mientras se realizan los trámites para la derivación a dicho recurso. Lo ideal es que no exceda de 30 días naturales.

Fase de acogida: Se produce tras el ingreso de la persona destinataria en el centro al que se produjo la derivación, donde se le cubrirán las necesidades básicas y se le ayudará en la adquisición de habilidades que posibiliten una futura vida inde-

pendiente, se le proporcionará atención social, jurídica y psicológica, así como formación, especialmente del idioma y laboral que le capaciten para pasar a la siguiente fase del itinerario lo antes posible.

Fase de preparación para la autonomía: Una vez finalizada la estancia en el dispositivo de acogida, los destinatarios pueden acceder a esta fase si requieren seguir recibiendo apoyo. Se continua en esta fase cubriendo sus necesidades básicas, ayudándoles en el aprendizaje del idioma, accediendo a programas formativos y laborales, así como dotándoles de ayudas económicas si las necesitan. Es en esta fase donde se concluye un proceso personalizado que tiene como fin del itinerario la integración social en España de las personas migrantes, tras haber trabajado junto a ellos en las áreas personales, sociales, sanitarias, formativas y laborales que les aporten las herramientas necesarias para alcanzar autonomía.

El periodo máximo fijado para este itinerario será de 18 meses a contar desde la entrada en la fase de acogida, no se contará el tiempo que el destinatario esté en la fase de evaluación y derivación. Este periodo se podrá extender hasta los 24 meses en el caso de personas especialmente vulnerables o con necesidades particulares.

5 Discusión-Conclusión

Como podemos ver, el Gobierno de España crea un sistema para cumplir tanto su normativa como la normativa comunitaria sobre protección internacional y facilitar una acogida y un inicio de itinerario que permita la autonomía y la inserción social y laboral de las personas migrantes.

Todo ello está sujeto al cumplimiento de muchos requisitos, algunos de ellos difíciles de cumplir y que provoca que algunas solicitudes sean denegadas. Puede parecer que la sociedad o las estructuras jurídicas no estuvieran completamente preparadas para la atención a estas personas.

Existen varias entidades que trabajan con este colectivo a través de diferentes recursos y líneas de actuación, todos ellos complementarios y aplicables en cualquier momento del itinerario.

6 Bibliografía

1. Secretaría de Estado de Migraciones [Internet]. inclusión.gob.es. 2022 [citado 20 marzo 2022]. Disponible en: https://www.inclusion.gob.es/es/sec_emi/index.

htm

2. Manual de Gestión del Sistema de Acogida de Protección Internacional. 2018.
Ministerio de Inclusión, Seguridad Social y Migraciones.

Capítulo 337

HISTORIA Y SITUACIÓN ACTUAL DE LAS PERSONAS MAYORES EN ESPAÑA

JUAN PÉREZ PALACIOS

MYRIAM JEANNETH PAUCAR PAUCAR

PIEDAD YOLANDA PAUCAR PAUCAR

MARIA ESTELA LA PARRA SALCEDO

1 Introducción

La finalidad de este documento es aportar una idea al lector sobre cuál es la situación de las personas mayores en nuestra sociedad actual, así como una explicación de la evolución histórica de los sistemas de protección a este colectivo a nivel nacional.

Para comenzar a hablar del colectivo de personas mayores, hay tres conceptos que debemos conocer:

Envejecimiento activo: Proceso por el que se optimizan las oportunidades de bienestar físico, social y mental durante toda la vida, con el objetivo de ampliar la esperanza de vida saludable, la productividad y la calidad de vida en la vejez

Dependencia: Estado de carácter permanente en que se encuentran las personas que, por razones derivadas de la edad, la enfermedad o la discapacidad, y ligadas a la falta o a la pérdida de autonomía física, mental, intelectual o sensorial, precisan de la atención de otra u otras personas o ayudas importantes para realizar actividades básicas de la vida diaria o, en el caso de las personas con discapacidad intelectual o enfermedad mental, de otros apoyos para su autonomía personal

Autonomía: La definición más adecuada para el campo del Trabajo Social es: Capacidad de controlar, afrontar y tomar, por propia iniciativa, decisiones personales acerca de cómo vivir de acuerdo con las normas y preferencias propias, así como de desarrollar las actividades básicas de la vida diaria.

2 Objetivos

Conocer la evolución de los sistemas de protección social al colectivo de personas mayores en España desde principios del siglo XX hasta la actualidad.

Reflexionar sobre la forma en la que es percibido el colectivo de personas mayores en la sociedad actual.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la extensa literatura existente sobre el colectivo de personas mayores. Se han utilizado hasta ocho documentos diferentes para su elaboración, de manera que se pudiera obtener la mayor información posible y la más exacta.

4 Resultados

A principios del siglo XX, los primeros seguros obreros nacen en España a partir de una mutua laboral empresarial ante el malestar de la población obrera y la presión que éstos ejercieron. Ahí se comienza a darles unos seguros y mutuas que fueron el germen del sistema de pensiones. Eran unas mutuas muy concretas y gremiales, a partir de las cuales fueron avanzando y mejorando el sistema y los Servicios Sociales.

Se sientan así las bases de una asistencia social más que de unos servicios sociales. Esto es debido a que había una población marginal, con baja formación y era frecuente la inanición y el pauperismo. En este contexto se crea, durante la Segunda República una asistencia social destinada a pobres y mujeres por parte del Estado. La Iglesia también actuó con mujeres y pobres creando el concepto benéfico de las Casas Cuna. Eran actuaciones muy desperdigadas, sin un concepto metodológico ni científico y con un concepto benéfico y filantrópico de algunas entidades.

En la época del franquismo, empieza a surgir por parte de algunas instituciones una iniciación de la asistencia social de forma de beneficencia junto con un sentido paternalista, de atención patrimonial a personas en situación crítica, pero sin ningún tipo de estructura y metodología para atender a la población. Mucha de esta población no estaba integrada en el Sistema de la Seguridad Social, esto se debe a que hasta los años 80 no era un derecho universal pertenecer a la Seguridad Social. No fue hasta los años 80 cuando se generalizó el derecho de pertenencia a la Seguridad Social y comenzaron las pensiones a través de la cotización y se generalizaron derechos como la sanidad.

En España el momento histórico clave de la atención a mayores empieza, de forma paternalista, en la década de los 70. Entonces existía una entidad llamada Servicio de Asistencia al Pensionista (SAP), y para la atención a discapacitados existía una entidad denominada Servicio de Recuperación y Rehabilitación de Minusválidos (SEREM). De la confluencia de estas dos entidades nació el antiguo INSERSO, entidad gestora de la Seguridad Social.

El INSERSO toma las competencias en servicios sociales, la mayoría de ellos especializados ya que se dedicaba a personas mayores y a discapacitados tanto físicos como intelectuales. Se crearon centros para la atención a personas con discapacidad y centros y residencias de mayores en esta época, pero había que ser pensionista de la Seguridad Social para poder acceder a ellos, a diferencia de ahora. Las entidades privadas como la Iglesia también contaban con centros y residencias de mayores de ámbito religioso hasta que, con el tiempo y con la llegada de la democracia, fueron adhiriéndose a la Seguridad Social.

Hay un punto de inflexión que es la aprobación de la Constitución en 1978. En este documento se reconoce el derecho a la atención a los mayores y discapacitados, los sistemas de protección, etc. La aprobación de la Constitución sentó las bases de una política integral y multidisciplinar para las personas mayores. Cabe destacar los artículos 41, sobre el sistema de pensiones, y el 50 en el que se reconoce el derecho a la protección económica y la responsabilidad pública en la promoción de su bienestar mediante un sistema de servicios sociales.

En la Constitución se contempla que las competencias en materia de Servicios Sociales pertenecen a las Comunidades Autónomas. En Castilla – La Mancha se aprueba el Estatuto de Autonomía el 10 de agosto de 1982 y se empieza a trazar la vía a seguir en Servicios Sociales.

Después de años en los que se produjeron traspasos de competencias, de creaciones importantes como la del Plan Concertado, en el año 1996 se traspasan todas las competencias del INSERSO a las Comunidades Autónomas. Desaparece el INSERSO a nivel nacional y se convierte en IMSERSO (Instituto de Migración y

Servicios Sociales en sus orígenes, actualmente Instituto de Mayores y Servicios Sociales desde el 2004), por lo cual los centros y residencias de mayores que antes pertenecían al IMSESRSO pasan a pertenecer ahora a las Comunidades Autónomas, en ese momento a los Servicios Periféricos de Salud y Asuntos Sociales y actualmente a la Consejería de Bienestar Social.

Las personas mayores forman un colectivo cada vez más numeroso en España debido al envejecimiento de la población, este colectivo lo forma la población mayor de 65 años. Cuando cada vez hay más población que cumple este perfil en un territorio se habla de población envejecida. En España encontramos una población envejecida como consecuencia de los descensos de las tasas de natalidad y mortalidad de los últimos años.

En el libro “Dependencia y vejez. Una aproximación al debate social” (Alfonso García Martínez, José A. Rabadán Rubio y Antonia Sánchez, 2006), la vejez es analizada desde varias perspectivas analizando las consecuencias en cada una de éstas. Así, la vejez conlleva unas consecuencias biológicas como una dificultad de las capacidades de adaptación del organismo para mantener sus funciones internas frente a las agresiones externas como los accidentes o las enfermedades. En el terreno psicológico el envejecimiento se traduce en un descenso de las funciones intelectuales, se produce un descenso de las facultades de concentración, atención y de la memoria. Sin embargo, se mantienen las facultades de aprendizaje ante situaciones nuevas si se deja de lado el factor tiempo. La perspectiva social del envejecimiento asigna a este período cambios que afectan al papel familiar, personal, los recursos, las relaciones sociales y la salud.

Como podemos deducir, la salud se ve afectada durante la vejez y existen unos determinantes sociales que condicionan el estado de salud durante la vejez. Estos determinantes son la situación económica, las condiciones de vida del entorno (alojamiento, apoyo social y/o colectivo, etc.) o la influencia del género.

Este colectivo tiene una serie de necesidades y vulnerabilidades como el aislamiento, deterioro de la salud, pérdida de movilidad, mala nutrición, escasos recursos, pérdida de autonomía, dependencia o necesidad de cuidados especiales. Llama la atención que los recursos económicos sean una vulnerabilidad del colectivo cuando, casi la totalidad de las personas mayores recibe alguna prestación económica del sistema público de pensiones directamente o a través de la pensión del cónyuge, y la posición económica de los mayores ha mejorado en los últimos años situando su tasa de pobreza por debajo de la media de los españoles.

En la sociedad actual hay una serie de prejuicios y estereotipos acerca de las personas mayores y se dan contradicciones en las percepciones de la sociedad hacia ellos.

En la sociedad capitalista en la que vivimos se ve a las personas mayores como un pasivo de la sociedad, dejan de ser activos y dejan de producir para ser pasivos. Sin embargo, se les ve una utilidad social en cuanto a que pueden ayudar económicamente a los hijos si se encuentran en situación de necesidad, ya que ellos tienen una pensión regular todos los meses o ayudar con el cuidado y/o alimentación de los niños.

Se dan dos perspectivas a la hora de valorar a los mayores, ambas relacionadas con la antropología. La perspectiva simbólica ve a las personas mayores como personas que han dejado de ser productivas y la perspectiva simbólica ve a los mayores como personas que pueden ayudar a la familia en la economía y en el cuidado de los más pequeños.

El envejecimiento activo puede suponer algo muy positivo para este colectivo, ya que puede mejorar esa baja autoestima y puede eliminar prejuicios de la sociedad. Esto es debido a que el envejecimiento activo puede suponer para la persona mayor una mayor participación en el ámbito económico, social, cultural y político, puede reducir las situaciones de soledad de los ancianos, ayudarles a mantener su independencia y una buena calidad de vida e incluso reducir sus atenciones sanitarias y sociales.

5 Discusión-Conclusión

En el presente documento se ha mostrado una revisión conceptual del colectivo de personas mayores (situada en la introducción), su contexto político y social, y una evolución histórica.

En España hay un gran número de personas mayores de 65 años, es importante remarcar que son personas que realizan un gran papel en la sociedad.

La realización de este documento se ha planteado como un informe divulgativo, un documento de no mucha extensión y con un lenguaje muy llano, lo que lo hace indicado no solo para los profesionales del trabajo social, sino también para el público en general que pueda estar interesado en aprender sobre un colectivo tan vulnerable como apasionante como son las personas mayores.

6 Bibliografía

1. Alemán Bracho C. El sistema público de servicios sociales en España. Granada: IMPREDISUR; 1991.

2. Fernández García T. Introducción a los servicios sociales. Madrid: Universidad Nacional de Educación a Distancia; 2006.
3. Fernández García, T. Lorenzo, R. y Vázquez, O. Diccionario de Trabajo Social. Madrid: Alianza Editorial; 2012.
4. García Herrero, G.A. y Ramírez Navarro, J.M. Los nuevos servicios sociales: síntesis de contenidos y evolución. Zaragoza: Certeza; 1992.
5. García Martínez, A. Rabadán Rubio, J. A. y Sánchez, A. Dependencia y vejez. Una aproximación al debate social. Madrid: Arán; 2006.
6. IMSERSO. Vejez y protección social a la dependencia en Europa. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales; 2001.
7. Martínez Maroto, A. Gerontología y derecho. Aspectos jurídicos y personas mayores. Madrid: Editorial Médica Panamericana; 2001.
8. Rodríguez Cabrero, G. La protección social de la dependencia. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales; 2000.

Capítulo 338

EL TRABAJO SOCIAL EN LOS CUIDADOS PALIATIVOS.

JUAN PÉREZ PALACIOS

PIEDAD YOLANDA PAUCAR PAUCAR

MYRIAM JEANNETH PAUCAR PAUCAR

MARIA ESTELA LA PARRA SALCEDO

1 Introducción

Los cuidados paliativos mejoran la calidad de vida de los pacientes, cuidadores y familias, quienes sufren problemas de tipo físico, psicológico y social como consecuencia de una enfermedad mortal.

La finalidad de este documento es analizar, desde la perspectiva del Trabajo Social, qué son los cuidados paliativos y cómo se aplican. Los profesionales del Trabajo Social realizan una gran labor profesional en los últimos momentos de la vida de los pacientes que presentan una enfermedad terminal, así como con la familia del paciente, las personas que permanecerán aquí después de que se produzca el fallecimiento. Se trata sin duda de uno de los campos más apasionantes y reconfortantes de la intervención del trabajador social sanitario, pero también quizá uno de los muchos ámbitos en los que el trabajo social no está tan visibilizado como, por ejemplo, en el ámbito de los servicios sociales, que constituye el ámbito en el que más visibilidad se produce.

En Castilla-La Mancha, en el año 2020, finalizó la Estrategia Regional de Cuidados Paliativos 2016-2020, no haciéndose una nueva estrategia que esté vigente

en la actualidad. Sí que se han producido cambios legislativos a nivel nacional con la creación de la Ley Orgánica 3/2021, de 24 de marzo, de regulación de la eutanasia, un concepto que aparentemente no tiene nada que ver con los cuidados paliativos, pero que, en la realidad, son más sus semejanzas que sus diferencias.

2 Objetivos

- Analizar el concepto de cuidados paliativos y cómo se aplican.
- Conocer la labor del Trabajo Social en el ámbito de los cuidados paliativos.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre los cuidados paliativos, haciendo especial hincapié en las publicaciones de organismos sanitarios oficiales como el Ministerio de Sanidad y Consumo y el Servicio de Salud de Castilla-La Mancha.

4 Resultados

La Organización Mundial de la Salud define los cuidados paliativos como el 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.

Se trata de una prestación sanitaria definida en la cartera de servicios del Sistema Nacional de Salud, tanto en atención primaria como en especializada. Consiste en la atención integral, individual y continuada de personas con una enfermedad terminal (pronóstico inferior a 6 meses de vida), a sus cuidadores y sus familiares, con el objetivo de mejorar su calidad de vida.

Es fundamental en la atención un acompañamiento y un apoyo desde la comprensión del sufrimiento de quien se enfrenta a la muerte, bien sea de un ser querido o suya propia. Aquí el profesional del Trabajo Social es parte de un equipo que trabaja para mejorar la calidad de vida y el confort del paciente y de su familia realizando acciones tales como:

- Identificar los efectos que provoca la enfermedad a nivel personal, social y familiar.

- Prevenir angustias y miedos del paciente y su familia a través de la información y la comunicación, así como de la potenciación de sus capacidades.
- Apoyo y asesoramiento a la familia, mediación e intervención en conflictos.
- Evaluación periódica de la situación.

El trabajador social realiza varias funciones como son la asistencial (demanda, de atención social, preventiva y de promoción, educativa o de trabajo comunitario, investigadora, coordinación intra e interinstitucional, y función formativa. Estas funciones son realizadas con el equipo de trabajo, con el enfermo y su familia, con la comunidad, con el voluntariado, en el ámbito de la formación, docencia e investigación.

Los dispositivos asistenciales de cuidados paliativos en los que llevan a cabo su labor los trabajadores sociales son:

El equipo de atención primaria, formando un equipo interdisciplinar junto a los médicos, pediatras, enfermeras, auxiliares de enfermería y auxiliares administrativos que facilitarán el acceso a los recursos asistenciales que necesite el paciente en su domicilio. Orientado hacia pacientes con una situación no muy compleja, fácilmente trabajable en su domicilio, aliviando sus síntomas y sufrimiento.

El equipo de soporte de atención domiciliaria, formando un equipo interdisciplinar junto a los médicos, enfermeras, auxiliares de enfermería, psicólogos y auxiliares administrativos. Realizan la atención a enfermos paliativos, sean oncológicos o no, personas inmovilizadas con especiales necesidades de cuidados y personas que presentan limitación funcional. Sus funciones en esta atención se extienden a todas las esferas que un paciente de cuidados paliativos puede necesitar, así como con sus familias para prevenir una claudicación o un duelo complicado. Siempre en coordinación con el equipo de atención primaria y con el hospital de referencia.

Las unidades domiciliarias de cuidados paliativos, que colaboran con los equipos de atención primaria y forman equipo junto al médico, enfermera, psicólogo y auxiliar administrativo. Apoyan y asesoran a los equipos de atención primaria en la intervención directa con enfermos y familiares, se coordinan con recursos sanitarios y sociales para lograr una mejor atención domiciliaria y realizan derivaciones a hospitales o recursos sociosanitarios cuando las circunstancias socio familiares así lo requieren o el soporte domiciliario es insuficiente o inadecuado.

La unidad hospitalaria de cuidados paliativos, formando equipo junto a médicos, enfermeras, auxiliares de enfermería, psicólogos y auxiliares administrativos. Es un recurso para la atención directa a enfermos y familiares que presentan un alto nivel de complejidad.

Las plazas de cuidados paliativos en centros sociosanitarios, destinadas a pacientes con poca complejidad que carezcan de un entorno familiar en el que recibir atención domiciliaria. Trabajarán en estos casos de manera conjunta los profesionales del centro junto con los equipos de atención primaria y las unidades domiciliarias de cuidados paliativos, supervisando y apoyando al paciente.

La primera vez que incluyeron los cuidados paliativos en la cartera del servicio de salud de Castilla-La Mancha fue en el año 2008, en el Plan Autonómico de Cuidados Paliativos de Castilla-La Mancha. El último documento referente a cuidados paliativos en esta región fue la Estrategia Regional de Cuidados Paliativos de Castilla-La Mancha 2016-2020, fue un modelo basado en una atención convergente, flexible, continuada y orientada al domicilio. Dicha estrategia tuvo cinco líneas de actuación:

1. Atención Integral centrada en la persona con enfermedad avanzada/terminal y su familia.
2. Organización de recursos.
3. Mejorar la accesibilidad.
4. Impulsar la autonomía del paciente y de su familia.
5. Formación e investigación.

Castilla-La Mancha cuenta con trece equipos de cuidados domiciliarios y 8 unidades hospitalarias para atender a las personas en el final de sus vidas.

5 Discusión-Conclusión

En este capítulo, se ha tratado uno de los diversos ámbitos de actuación del Trabajo Social que le convierten en una de las profesiones más bonitas por la labor que realiza.

Los cuidados paliativos serán un ámbito que estará cada vez más presente. El envejecimiento de la población y cada vez más mayor presencia de enfermedades crónicas y degenerativas incrementan el número de personas que pueden necesitar de los servicios existentes en materia de cuidados paliativos para tener la mayor calidad de vida y confort antes de la muerte, tanto para ellos como para sus familias. Es importante atender con calidad, calidez y dignidad los aspectos físicos, psicológicos y sociales que se ven afectados en este tipo de situaciones, incluyendo en la atención los procesos de duelo.

Es cierto que esto supone un reto para los servicios sanitarios y sociales dada la elevada necesidad asistencial que demandan estas situaciones, pero debe ser una prioridad de dichos recursos garantizar un óptimo desarrollo de servicios de

cuidados paliativos.

6 Bibliografía

1. AECC y Consejo General del Trabajo Social. Abordaje desde el Trabajo Social de las necesidades sociales en personas con cáncer al final de la vida y sus familiares. Madrid: 2017.
2. Servicio de Salud de Castilla-La Mancha. “Estrategia Regional de Cuidados Paliativos de Castilla-La Mancha 2016-2020. Disponible en: https://sanidad.castillalamancha.es/files/documentos/pdf/20170117/estrategia_regional_de_cuidados_paliativos_de_castilla_la_mancha.pdf.
3. Ministerio de Sanidad. Estrategia en cuidados paliativos del Sistema Nacional de Salud. Madrid: 2007. Disponible en: <https://www.sanidad.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/paliativos/cuidadospaliativos.pdf>.
4. González Calvo, Trabajo Social Familiar e Intervención en procesos de duelo con familias. Universidad San Pablo Olavide. Sevilla: 2006.

Capítulo 339

EL EQUIPO MULTIDISCIPLINAR Y EL PROCESO DE ATENCION PRIMARIA ORIENTADO A LA COMUNIDAD

LAURA MUÑIZ DÍEZ

1 Introducción

La Atención Primaria Orientada a la Comunidad surgió como una extensión de la medicina familiar, y es un proceso continuo, y modelo práctico, cuyo objetivo es sistematizar, organizar, y racionalizar los recursos sanitarios.

Los servicios de Atención Primaria Orientada a la Comunidad se encargan de la salud de todas las personas que conforman la comunidad, independientemente de que utilicen, o no sus servicios. Es lo que le diferencia de la atención primaria, conocida como tal, la cual solo se orienta en dar respuesta a los demandantes de sus servicios, y a tratar, y curar las enfermedades.

Los elementos, y condiciones principales que conforman la estructura de ella son:

- a) Población definida con ciertas particularidades comunes, o con base geográfica.
- b) Centro de Atención Primaria de Salud.
- c) Equipo, conformado con los recursos disponibles, multidisciplinario.
- d) Acceso a los servicios, independientemente de sus creencias religiosas, políticas, su género, estatus, etc.
- e) Equipo formado por personas con conocimientos sanitarios, epidemiológicos, clínicos, y de ciencias sociales, y comportamiento.
- f) Desplazamiento del equipo de profesionales fuera del centro para poder conocer, y evaluar los factores físicos, sociales, y comunitarios de la salud.
- g) Participación en actividades de la mejora, y el cuidado de la salud, así como actividades del comportamiento, las actitudes y creencias, ya

que suelen estar relacionadas con la toma de decisiones de las personas, acerca de su salud.

La Atención Primaria Orientada a la Comunidad hace posible que las personas que conforman el equipo de trabajo: celadores, administrativos, enfermeros, médicos, especialistas...conozcan a las personas de la comunidad del que son responsables.

2 Objetivos

Conocer, definir, y explicar brevemente las diferentes fases que componen el proceso de la Atención Primaria Orientada a la Comunidad.

3 Metodología

Para redactar este capítulo se ha realizado una revisión bibliográfica en Internet acerca de la Atención Primaria Orientada a la Comunidad, accediendo a diferentes enlaces, y recopilando toda la información relevante, e interesante, para finalmente unificarla, complementarla, y reflejar las conclusiones extraídas de ello.

4 Resultados

La Atención Primaria Orientada a la Comunidad puede desglosarse en las siguientes etapas:

1) Definir la comunidad: hay que determinar la población de cada servicio de Atención Primaria de Salud: la estructura demográfica, física, y social, y realizar un estudio de las necesidades de salud, basándose en datos reales, tanto cuantitativos como cualitativos. No suele ser fácil dicha tarea, ya que la falta de actualización de datos, y escasez de los mismos, puede llevar a tener que analizar si los datos que tienen son aplicables a dicha comunidad o no.

La información obtenida se emplea para el análisis de los principales problemas de salud, y como base para la siguiente etapa.

2) Decidir las prioridades: a través de un análisis de prioridades se selecciona un conjunto de problemas, o en concreto, un problema. Para ello se tiene en cuenta:

- La gravedad, magnitud, e impacto económico para valorar la importancia relativa del problema de salud

- Si es factible intervenir.
- Si es eficaz la intervención.
- Justificar los costes
- Si hay interés por parte de la comunidad.

Una vez seleccionados los problemas que han obtenido mayor puntuación de los miembros del equipo de trabajo, se debe analizar la manera apropiada de lograr la participación activa, e integración en la comunidad.

Esta es una manera de optimizar el uso de los recursos, tanto humanos como económicos, y evitar el estudio de condiciones que no se pueden dar respuesta, realmente.

3) Planificar el "diagnóstico comunitario": para definir los problemas de salud presentes en la comunidad, se miden los factores sociales, físicos, biológicos, psicológicos que los determinan. En esta etapa es donde se analiza en profundidad el problema seleccionado.

4) Implementar programas de salud comunitaria: hay que tener en cuenta los elementos, mentales, sociales, y físicos del problema de salud seleccionado, y abarcar, en lo posible, todas las fases de la enfermedad, para integrar las funciones de:

- Promoción.
- Prevención.
- Diagnóstico.
- Tratamiento.
- Rehabilitación.

5) Hacer seguimiento del programa: en esta etapa se sigue tanto la evolución del estado de salud de la comunidad, durante dicho programa, y se hace vigilancia de las actividades, y cambios demográficos para no perder de vista a la población diana.

6) Evaluar el impacto y eficacia del programa establecido: revisar el antes y después de la implantación del programa, es decir, si está siendo beneficioso, y eficiente.

7) Analizar la nueva situación: en esta etapa se decide si modificar, mantener o suspender el programa, y se definen nuevas prioridades.

5 Discusión-Conclusión

El proceso de Atención Primaria Orientada a la Comunidad es beneficioso ya que se presenta como un proyecto de investigación que permite analizar en profundidad los problemas de salud de la comunidad, y a través de dicho análisis permite orientar a los profesionales, acercarlos a las personas que conforman dicha Comunidad, y gestionar de manera eficiente los recursos disponibles.

En un principio, la práctica de actividades comunitarias, se consideraba algo no factible, lejano, y complicado, ya que suponía tener que reorientar las actividades, y servicios, pero en la actualidad, forma parte del día a día de los centros de salud. Es algo fundamental, ya que abre una manera diferente de ver las cosas, y aporta herramientas valiosas, que pueden complementarse y coordinarse con las actividades llevadas a cabo por otros servicios.

6 Bibliografía

- 1) <https://www.scielosp.org/article/rpsp/2007.v21n2-3/177-185/>
- 2) <https://comunidad.semfyc.es/una-mirada-a-la-atencion-primaria-orientada-a-la-comunidad/>
- 3) <https://www.unida.org.ar/Bibliografia/documentos/Salud%20Comunitaria/APOC.pdf>
- 4) https://ddd.uab.cat/pub/rceap/rceap_a2008m9n16/rceap_a2008m9n16a5.pdf

Capítulo 340

ÁREAS ADMINISTRATIVAS: REFORZAR SU PAPEL E IMPLICACIÓN EN ACTIVIDADES COMUNITARIAS

LAURA MUÑIZ DÍEZ

1 Introducción

Desde hace años existe el debate de adecuar el modelo de Atención Primaria, y dar una mayor responsabilidad a las unidades que prestan el servicio de atención a las personas, familias, y comunidades.

En este capítulo, vamos a centrarnos en la necesidad de construir, desarrollar, e implantar un modelo en las Áreas Administrativas, el cual supone un cambio cultural, y organizativo, y la necesidad de adecuar las funciones, y perfiles de las personas que trabajan en dichas áreas.

Este modelo debe centrarse en una atención más personalizada del paciente, y de las familias, ya que se tiene que conseguir que la comunidad participe de una manera activa en el proceso de salud, y la enfermedad. Para ello se han establecido diferentes estrategias, siendo una de ellas la de reforzar el papel de los profesionales de las Unidades Administrativas, y mejorar su capacidad, y adaptar los perfiles de los mismos, como el desarrollo de programas, actividades, o cursos para implicar al personal administrativo en actividades comunitarias.

El Área administrativa debe de dirigir a las personas al proceso más idóneo para ellos, es decir, orientarles, facilitarles toda la información necesaria, y desarrollar un papel de intermediación entre paciente, y los profesionales sanitarios.

2 Objetivos

Definir las funciones, mejoras, y estrategias a seguir para ofrecer no sólo un servicio de Atención al cliente, sino un trato personal, comprensivo, e implicar al personal administrativo en tareas de promoción, e información de la salud dirigidos a la comunidad.

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

Este modelo organizativo propone que las Áreas Administrativas faciliten el acceso al usuario, ya sea en los trámites a realizar como derivándoles al profesional correspondiente, según la necesidad de salud de cada persona.

Las funciones a desarrollar por las Áreas Administrativas serían:

- Hacer la recepción de los usuarios, de una manera activa, consultando sus necesidades, gestionándoles los trámites, y ofreciéndoles el servicio que mejor se adapte a su demanda.
- Informar al usuario, para ello es necesario que los profesionales del área administrativa estén formados, y dotados con la información necesaria acerca de los servicios disponibles.
- Gestionar la identificación de los usuarios.
- Citar a los usuarios en los diferentes servicios demandados, y especificar el lugar donde se desarrolla dicha actividad.
- Gestionar toda la documentación clínica.
- Gestionar las reclamaciones, quejas, sugerencias, y agradecimientos.
- Coordinar los servicios del propio centro con los de otros niveles, incluyendo tanto los de ámbito socio-comunitario, como los comunitarios.

Ya que un área bien organizada, y con las tareas bien definidas garantiza el funcionamiento óptimo, y evita la saturación administrativa.

Para desarrollar, y mejorar la actividad de las Áreas de Administración hay que:

- Garantizar las dotes de comunicación, y estar formado, y dotado con toda la información de los procesos y servicios ofrecidos.
- Garantizar la oferta de servicios durante el horario establecido.
- Separar la atención telefónica, de la presencial, para que el paciente se sienta escuchado.
- Sistematizar las tareas fáciles, repetitivas, y sencillas en todos los niveles del centro.

Para poder dar una atención más centrada en las personas, y proyectar una imagen profesional, y comunicadora. Hay que llevar a cabo los siguientes objetivos:

- Proponer planes para favorecer la personalización de la Atención al paciente, ser más humanos.
- Ser partícipes en investigaciones, o actividades de investigación de los centros.
- Incentivar la actividad comunitaria en el área administrativa.

Para llevar a cabo lo último indicado, se está desarrollando programas de implicación en actividades de promoción, participación, y educación para la salud, por parte del personal administrativo de los centros de salud.

De esta manera se consigue:

- Reforzar la participación comunitaria de las Áreas Administrativas.
- Involucrar al personal administrativo en actividades para la comunidad, que no tengan la necesidad de un conocimiento sanitario determinado.
- Poseer conocimiento en educación, y promoción de la salud.
- Aumentar su grado de motivación, e implicación en la Atención Primaria.
- Conseguir un ambiente laboral cohesionado.
- Desarrollar destrezas para el manejo de las emociones con una actitud positiva.

El implicar a las Áreas de Administración en la educación de la salud, y promoción de la misma, da una visión diferente para el desarrollo de su actividad, y conseguir así el bienestar de la comunidad, y su salud.

Hay que tener en cuenta que la posición, que tiene el Área de Administración, en primera línea le convierte en la cara visible del centro de salud, la primera toma de contacto, y su labor no es del todo fácil, ya que tiene que mantener el equilibrio entre la organización interna, y las demandas del paciente.

El Área Administrativa debe formar parte principal del equipo de trabajo, y estar integrado en la actividad del centro, compartiendo los criterios, objetivos, y resultados con el resto de profesionales sanitarios. Para ello, se propone la realización de reuniones, y el establecimiento de una comunicación continua entre todos los profesionales que conforman el centro de Salud.

Es importante que haya una mayor confianza tanto en los profesionales que conforman el equipo de trabajo, como los que conforman el Área de Administración

para poder dar un servicio eficiente, y de calidad al ciudadano.

5 Discusión-Conclusión

En los últimos años, las áreas administrativas han ido cambiando, adaptándose, y evolucionando para no ser solo un servicio de citación, y atención al cliente, sino dar un valor añadido a la comunidad.

Forman parte de la imagen del centro, por lo que un trato más humano, y excelente mejora la perspectiva de los ciudadanos acerca de los servicios de salud existentes, pero para ello es necesario el compromiso, e implicación de todos los profesionales del centro. No solo del Área de Administración.

Por otro lado, hay que tener en cuenta que las personas están más informadas, y son cada vez más exigentes, por lo que hay que establecer un modelo flexible a los cambios, y reorientar la actividad del Área de Administración ya que es la cara visible, o el primer contacto que tiene la ciudadanía con su centro de salud.

6 Bibliografía

- 1) <https://www.seaus.net/images/stories/pdf/2perfilesfuncionales.pdf>
- 2) <https://comunidad.semfyces/el-administrativo-como-agente-comunitario/>

Capítulo 341

EL PERSONAL DE ENFERMERÍA O DUE EN LA SALA DE INTERVENCION QUIRÚRGICA.

MÓNICA RUIZ PAJARES

1 Introducción

El quirófano o la sala de intervenciones quirúrgicas de un ámbito hospitalario o clínica privada se define o se puede decir que es una sala o espacio dedicado solamente a intervenciones quirúrgicas a los pacientes que así lo necesiten. Dentro de este espacio, también se puede hacer otro tipo de actividades como administración de anestesia, reanimación y otras muchas más.

Teniendo en cuenta las exigencias o también condiciones que deben de tener en cuenta en un espacio especialmente dedicado a intervenciones quirúrgicas como es el quirófano, deben de ser las siguientes:

- Debe de contarse en un lugar cerrado.
- Debe de estar en una zona alejada del resto de instalaciones que constan dentro del ámbito hospitalario.
- Debe de estar cerca de espacios como el laboratorio, urgencias, banco de sangre o la farmacia.
- Debe de haber la mínima circulación posible por esa zona debido a la contaminación y demás, pero solamente el personal sanitario especializado en esta área tendrán acceso al quirófano y sus proximidades.
- La limpieza y desinfección de esta área o sus proximidades deben de ser extremadamente exigente y rigurosa debido al nivel de contaminación, por ello

debe de realizarse una buena limpieza y desinfección profunda de esta zona y sus cercanías varias veces a día.

2 Objetivos

El objetivo general de un quirófano o sala de intervenciones quirúrgicas, es ofrecer o brindar al paciente que así le sea necesario, un servicio 24h en caso tener que llevar a cabo una operación.

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 quirófano o también conocido como la sala de operaciones o intervenciones

quirúrgicas, está formada por diferentes tipos de áreas y estas son las siguientes:

-Área no restringida: El personal sanitario puede ir vestido con ropa de diario, y los materiales no desinfectados, deben de encontrarse en este tipo de área. Es una zona controlada, donde se para al personal que va llegando a la sala de operaciones.

-Área de transición: En este lugar, el personal sanitario se prepara para adentrarse en las zonas semirestringidas o restringidas, se debe de cambiar la ropa de diario por la ropa adecuada para quirófano, y también se debe de contar con una autorización para poder entrar a este. Aquí se encuentran los vestuarios. Se debe mantener la limpieza y la precisión para evitar que entre polvo y se creen áreas para que entren bacterias. Los alimentos y las bebidas deben mantenerse alejados de estas áreas.

-Área semirestringida: Aquí solo puede entrar el personal que lleve puesto el pijama quirúrgico. Los pasillos entre diferentes cuartos de servicio, áreas de manejo de herramientas y herramientas, y áreas de almacenamiento o casilleros son áreas semi-cerradas.

-Área restringida: Son los lugares más limpios del quirófano y donde se encuentran las salas de operaciones, pequeñas salas de intervención y pasillos asépticos, donde se ubican los esterilizadores rápidos y se almacena el material estéril. Estas áreas están estrictamente controladas y las puertas deben estar cerradas. Solo el personal debidamente vestido puede acceder a él.

Algunas de las funciones que puede realizar el personal de enfermería pueden ser las siguientes.

La enfermera recibe al paciente y se encarga en la colocación del paciente en la mesa de operaciones, dependiendo del tipo de cirugía a realizar. Luego, el sitio quirúrgico se controla y desinfecta con povidona yodada y una gasa estéril para recubrir la piel.

5 Discusión-Conclusión

El trabajo en equipo con todo el personal sanitario, es el núcleo de la atención al paciente en el quirófano, sala de operaciones. La enfermera de quirófano desempeña un papel fundamental para paliar y aliviar los dolores y miedos del paciente, también de brindar seguridad y tranquilidad ante situaciones hostiles y peligrosas.

Es muy importante la presencia del personal de enfermería en estos lugares debido a que cuando el cirujano, médico u otro tipo de profesional sanitario necesite ayuda durante la intervención, la enfermera es la encargada de asistirle en las diversas funciones que así necesite cualquier tipo de compañero.

6 Bibliografía

- 1-K.-H. Tscheliessnigg: Der Hybrid-OP-Saal als multifunktionaler Therapieraum der Zukunft – Interdisziplinarität, bildgeführte Therapie, Integration medizinischer Technologie wie CT, Angiographie, Navigation und Robotic in: Journal für Kardiologie – Austrian Journal of Cardiology 2010; 17 (7–8), 285–292
- 2- DIN 1946-Teil4 Raumluftechnische Anlagen in Krankenhäusern, VDI 6022 Hygiene-Anforderungen an raumluftechnische Anlagen und Geräte
- 3- Walter Steuer und 11 Mitautoren: Hygiene und Technik im Krankenhaus (Kontakt & Studium Band 207), Expert-Verlag, Stuttgart, 1996, ISBN 3-8169-1370-9
- 4- Stefano Colucci Menotti, Per un'idea moderna di sala operatoria, in Tecnica Ospedaliera, 1997, pp. 66-73. Ed. tecniche nuove

Capítulo 342

EFECTOS DE LA ILUMINACIÓN EN EL PUESTO DE TRABAJO EN HOSPITALES

PELAYO SUÁREZ GONZALEZ

1 Introducción

La iluminación es un apartado importantísimo en el acondicionamiento ergonómico de los lugares de trabajo. Si bien, las personas tienen una gran capacidad para adaptarse a las diferentes tipos de iluminación, tener poca, demasiada luz o otros factores como reflejos en el lugar de trabajo puede producir un aumento de la fatiga visual, una reducción en el rendimiento, un incremento en los errores y en ocasiones incluso accidentes. Estar informado sobre los tipos de iluminación y las características que deben disponer los sistemas de iluminación, la adaptación a los trabajos realizados que en un hospital son muy diversos y el personal se mueve por diferentes zonas con características lumínicas distintas y las preferencias y necesidades individuales de los trabajadores de cada zona, por ejemplo no necesita la misma iluminación un doctor que pasa consulta que un técnico de rayos que revisa radiografías, son aspectos fundamentales que se deben considerar y en caso de no estar bien implementados pedir su corrección por el departamento de mantenimiento. En esta publicación se pretende dar información sobre los conceptos básicos para poder identificar, evaluar y adaptar una iluminación adecuada en función de los trabajos realizados en cada zona del hospital, así como ver los tipos de fuentes de luz más comunes en hospitales.

2 Objetivos

El objetivo principal de este trabajo es poder trabajar con comodidad durante nuestra jornada laboral sin tener un desgaste de la vista que a la larga desemboque en problemas oculares como la fatiga ocular y conocer las principales ventajas de la iluminación.

3 Metodología

A través de la revisión bibliográfica en bases de datos científicas como SCielo y en páginas web oficiales relacionadas con el área, se analizará el problema de una iluminación deficiente en el personal que trabaja en hospitales y como intentar mitigarla. Los descriptores utilizados para la búsqueda fueron: promoción de la salud, encuesta, trabajo y España.

4 Resultados

Cuando se habla de la iluminación se debe tener en cuenta tanto la iluminación natural como la iluminación artificial. A la hora de diseñar un área de trabajo siempre se deben considerar ambas. La luz natural causa menor fatiga visual que la iluminación artificial que debido a que suele ser de tubo fluorescentes su parpadeo y muchas veces la temperatura inadecuada castigan mucho mas la vista. Por eso, en la actualidad se han desarrollado técnicas que maximizan el aprovechamiento de la luz natural. Muchos proyectos de centros de trabajo tienen en consideración tragaluces, ventanales, etc. Las principales ventajas de la iluminación natural son las siguientes:

- Reduce cansancio a la vista.
- Permite apreciar los colores de manera natural.
- No produce gasto energético.
- Psicológicamente, un contacto con el exterior a través de una ventana, por ejemplo, produce un aumento del bienestar.

Las desventajas:

- Salvo en situaciones muy concretas en las que el trabajador se encuentre situado en una determinada posición e incida un haz de luz de forma directa, la iluminación natural suele producir un deslumbramiento tolerable.

No obstante, su principal inconveniente es que la luz natural va cambiando en intensidad y posición a lo largo del día, llegando a desaparecer en la noche, por lo que podemos decir que pese a que es mejor, siempre necesitaremos apoyo de

la artificial.. No va a ser lo mismo la luz natural de la que se puede disponer un día de invierno nublado, a las 8:00 h de la mañana, que un día de verano soleado a las 12:00 h. La iluminación artificial se debe usar cuando no se puede emplear la luz natural o, como ocurre en la mayoría de los casos, para complementar la luz natural. La calidad de la luz artificial será mejor cuanto más próximo esté el espectro de esa luz a la natural. A la hora de evaluar o adecuar una iluminación artificial en un puesto de trabajo se deben considerar aspectos relacionados con el trabajador, con el tipo de tarea que vaya a desempeñar y los propiamente relacionados con la iluminación. Por un lado, la iluminación se produce gracias a unas lámparas, que son las que van a emitir la luz; esas lámparas se encontrarán colocadas en unas luminarias concretas que modificarán las características de la luz y formarán parte de todo un sistema de iluminación que también modificará las características de la luz conseguida en el local. Todos estos aspectos se deberán considerar, pues un fallo en uno solo hará que la iluminación no sea la adecuada. Si las lámparas no emiten suficiente flujo luminoso, si hay zonas donde no se dispone de luminarias, si la luz no es la adecuada para la tarea del trabajador, solo uno de estos aspectos será suficiente para que la luz no sea adecuada y se deba rectificar. A continuación se van a describir las características de las lámparas, de las luminarias y de los sistemas de alumbrado. Por último, se va a indicar qué criterios se deben considerar en un entorno laboral.

Tipos de luz artificial:

- Lámparas incandescentes

Tecnología obsoleta que ya debería haber sido sustituida en todos los centros de trabajo.

- Lámparas fluorescentes

Las lámparas fluorescentes tienen un menor consumo energético que las lámparas incandescentes y su vida media también es bastante mayor. Parpadean a 50 Hz

- Lámparas de vapor de mercurio

Están ya prohibidas

- Led

Están compuestas por diodos que producen luz y son las mas adecuadas tanto por consumo como por la calidad de luz que generan

También debemos hablar de los deslumbramientos y sus tipos.

El deslumbramiento se sufre como una sensación desagradable que tiende a ir aumentando con el tiempo y causa fatiga visual. En los locales de oficina el deslumbramiento molesto resulta más habitual que el perturbador. Este tipo de deslumbramiento es producido por las fuentes luminosas situadas dentro del campo vi-

sual.

Tipos:

- Directo

El control del deslumbramiento directo producido por las luminarias situadas en el techo de la oficina con puestos de trabajo con PVD

- El control del deslumbramiento causado por los reflejos se conseguirá desarrollando nuestra labor en superficies del mobiliario y elementos de trabajo de aspecto mate
- El control del deslumbramiento a causa del contraste de luminancias se alcanzará respetando y aplicando las recomendaciones indicadas en el punto anterior.

5 Discusión-Conclusión

Una adecuada iluminación es fundamental para desarrollar nuestro trabajo independientemente del puesto que estemos realizando por lo que es fundamental tener claro cuál debe ser los parámetros lumínicos adecuados y en caso de no tenerlo reportarlo a nuestro supervisor para que el departamento de mantenimiento haga los arreglos necesarios ya sea sustituir luces fundidas o ampliar las ya existentes así como reducir los focos de luz en caso concretos en los que puedan producir reflejos y a si evitar problemas oculares a la larga así como evitar caídas por falta de iluminación e incluso quejas de pacientes o familiares de enfermos.

6 Bibliografía

1-<https://www.insst.es/documents/94886/96076/Iluminacion+en+el+puesto+de+trabajo/9f9299b8-ec3c-449e-81af-2f178848fd0a>

2-<https://www.insst.es/documents/94886/96076/Iluminacion+en+el+puesto+de+trabajo/9f9299b8-ec3c-449e-81af-2f178848fd0a>

3- <https://www.tch.es/la-importancia-de-la-iluminacion-en-el-puesto-de-trabajo/>

Capítulo 343

EL ESTRÉS DE LOS TRABAJADORES EN LOS HOSPITALES

PELAYO SUÁREZ GONZALEZ

1 Introducción

El estrés laboral es un fenómeno, cada vez más frecuente, que está aumentando en los hospitales ya los tipos de trabajo han ido cambiando en las últimas décadas. Afecta al bienestar físico y psicológico del trabajador y puede empeorar el desempeño de sus funciones.

Actualmente, por la relevancia de la información en los procesos que se realizan en los hospitales, precisan esfuerzo mental, tareas que tradicionalmente se realizaban sólo fuerza física. Además, los tiempos para realizar las tareas en el trabajo ha ido reduciéndose, ya que con un número menor de plantilla tienen que realizarse mayor número de tareas y en tiempos más reducidos.

Pero no siempre como actúa nuestro cuerpo ante el estrés tiene porque ser negativo, ya que muchas veces es necesarias para poder superar estados en nuestra vida difíciles y para la supervivencia. Toda persona requiere de niveles moderados de estrés para responder satisfactoriamente no solo ante sus propias necesidades o expectativas, sino que de igual forma frente a las exigencias del entorno. Y los niveles muy bajos de estrés están relacionados con desmotivación, conformismo y desinterés.

Por eso, se puede realizar la distinción entre estrés o estrés positivo (nivel óptimo de activación para realizar las actividades necesarias en nuestra vida cotidiana) que ejerce una función de protección del organismo y distrés o estrés negativo (nivel de activación del organismo excesivo o inadecuado a la demanda de la situación) que provoca disfunciones en la persona.

2 Objetivos

El objetivo es intentar comprender como en trabajos tan exigentes como los realizados en un hospital puede llevar a los trabajadores a tener gran cantidad de estrés que repercute gravemente en su salud, por lo que deben ser tratados y que pueden derivar incluso en que el trabajador coja periodos de baja laboral.

3 Metodología

A través de la revisión bibliográfica en bases de datos científicas como Scielo y en páginas web oficiales relacionadas con el área, se analizará el creciente problema de los trabajadores con ansiedad en el ámbito hospitalario y como intentar mitigarla. Los descriptores utilizados para la búsqueda fueron: promoción de la salud, encuesta, trabajo y España.

4 Resultados

El causante de estrés en el ambiente laboral es un aspecto que el trabajador siente como dañino y de carácter persistente, sintiéndolo como 'una amenaza' que nos lleva tener reacciones fisiológicas y psicológicas. En general, los causantes del estrés laborales se podrían dividir en cuatro categorías:

- ☒ Ambiente físico de trabajo y contenidos del puesto que se desempeña.
- ☒ Desempeño de tareas, relaciones interpersonales y desarrollo de sus actividades.
- ☒ Nuevas tecnologías y otros cambios en los procedimientos de trabajo que lleguen nuevos a la empresa
- ☒ Relaciones familiares, laborales (en puesto que no sea posible compaginarlos debido a distancia con el hogar horarios etc...

Los profesionales con más tendencia a estresarse por el trabajo son personas empáticas, sensibles, 'humanas', con dedicación profesional, excesiva, idealistas, altruistas, obsesivas, entusiastas, proclives a las enfermedades coronarias y a las alteraciones cardiovasculares, y susceptibles de identificarse excesivamente con los demás.

Las señales de que comenzamos a padecer estrés son:

- Dolores de cabeza avituallados.
- Problemas en el estómago
- Dificultad para dormir
- Problemas para interactuar con otras personas

- Sentirse incómodo y descontento en el puesto de trabajo
- Sentimientos frecuentes de ira, o un carácter explosivo

Maneras de prevenir el estrés:

- Realizar pausas . Si se está sufriendo estrés o enojo en el trabajo, intente desconectar unos minutos . Incluso un descanso breve puede ayudar a centrar su mente. Dé una caminata breve o coma un refrigerio saludable. Si no puede abandonar su zona de trabajo, cierre los ojos por unos momentos y respire profundamente.
- Cree unos parámetros del puesto que realiza. Crear una descripción de su puesto o plantearse cuales son sus labores puede ayudarle a obtener una mejor entendimiento de lo que se espera de usted y darle una mayor sensación de control.
- Establezca metas razonables. No acepte más trabajo del que puede hacer razonablemente. Trabaje con su jefe y compañeros de trabajo para establecer expectativas que sean realistas. Estar al tanto de lo que puede conseguir todos los días puede ser útil. Comparta esta información con su gerente para ayudar a establecer las expectativas.
- Administre su uso de nuevas tecnologías. Los teléfonos móviles y el correo electrónico pueden hacer que sea difícil desconectarse del trabajo. Póngase ciertos límites, como apagar sus dispositivos durante la cena o luego de cierta hora de la noche.
- Ponga un límite. Si sus condiciones laborales son peligrosas o incómodas, hable con su jefe, la gerencia u sindicatos para resolver el problema. Si esto no funciona, usted puede reportar las condiciones laborales inseguras a la Administración de Seguridad y Salud Ocupacional
- Organícese. Comience todos los días por crear una lista de pendientes. Puntue estas tareas en orden de necesidad y térmelas de arriba hacia abajo.
- Haga cosas que le hagan sentir bien, tener tiempo reservado a lo largo de la semana para hacer deporte, leer o cualquier actividad que le guste.
- No desperdicie el tiempo libre. Coja vacaciones o disponga de unos días libres de vez en cuando . Incluso alejarse durante un fin de semana largo puede ayudar a ver las cosas de otra manera.
- Hable con un asesor. Muchas compañías ofrecen programas de asistencia al empleado (EAP, por sus siglas en inglés) para ayudar con los problemas del trabajo. A través de un EAP usted puede reunirse con un asesor que puede ayudarle a encontrar maneras de manejar su estrés. Si su compañía no cuenta con un EAP, usted puede buscar un asesor por su lado. Su plan de seguro podría cubrir el costo de estas visitas.

- Aprenda otras maneras de tratar con el estrés. Existen muchas otras formas de manejar el estrés, incluso hacer ejercicio regularmente y haga yoga o meditación.

5 Discusión-Conclusión

Debido a lo rápido que evolucionan los puestos de trabajo la alta competencia entre compañeros hoy en día es muy frecuente que se nos creen inseguridades miedos que puedan derivar en vivir con altos niveles de estrés que interfieran tanto en nuestro ámbito personal como laboral generándonos daños a la salud y a nuestras relaciones con compañeros y familiares por lo que es muy importante cuando empecemos a sentirnos estresado saber identificar los síntomas y tomar medidas para frenarlo, ya que si dejamos que nos apodere podrá bloquear nuestra forma de vida e incluso causarnos periodos de baja laboral por lo que es importante intentar llevar una vida sosegada.

6 Bibliografía

- 1-<https://www.nascia.com/estres-laboral-causas-sintomas/>
- 2- <https://fundaciondelcorazon.com/corazon-facil/blog-impulso-vital/2499-estres-laboral-no-dejes-que-entre-vida>
- 3- <https://madridsalud.es/el-estres-laboral-y-su-prevencion/#::text=Llamamos%20estr%C3%A9s%20laboral%20a%20un,o%20la%20organizaci%C3%B3n%20del%20trabajo.>

Capítulo 344

EL CELADOR DENTRO DEL EQUIPO DE ATENCION PRIMARIA

MARIA JOSE VIZCAINO GONZALEZ

JOSE ANGEL GARCIA SERRANO

LAURA RUIZ GÓMEZ

EVA MARIA SÁNCHEZ CASTRO

GEMA URDIALES FERNÁNDEZ

1 Introducción

El sistema sanitario público está formado por diferentes áreas de salud que estas, a su vez, están divididas territorialmente en zonas básicas de salud, las cuales son el marco territorial de la atención primaria.

Dentro de estas áreas de salud se atiende a las personas que están dentro de la demarcación geográfica donde se encuentra esa área de salud. Estas deben de cumplir unos requisitos y mencionamos los siguientes:

1- Han de ser accesibles por todas las personas y tienen que tener la capacidad de proporcionar una atención continua de salud.

2- El centro de salud se encuentra dentro de la zona básica de salud. Este centro de salud debe de estar situado en una zona geográfica que no se encuentra a más de 30 minutos de la zona básica de salud teniendo en cuenta los medios de transporte habituales.

3- El centro de salud es el que permite que se desarrolle una adecuada atención primaria de salud que sea continua y permanente, mediante la realización de actividades que vallan destinadas a prevenir, promocionar y rehabilitar la salud de todos los habitantes de la zona básica de salud.

4- Dentro de él desempeñan sus funciones laborales tanto profesional, sanitario como no sanitarios. Este personal está compuesto de: médicos de familia, enfermeros, auxiliares de enfermería, celadores, auxiliares administrativos, pediatras.

2 Objetivos

Los objetivos específicos los hemos dividido en tres:

- ☒ Establecer las competencias de conocimientos, habilidades y actitudes necesarias en los celadores dentro del equipo de atención primaria.
- ☒ Conocer las funciones del celador en este area.
- ☒ Mejorar el abordaje multidisciplinar en cuanto al equipo de atención primaria.

3 Metodología

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

4 Resultados

Dentro del ámbito de la atención primaria de salud tienen que darse una serie de actividades:

- La atención primaria de salud, mediante el empleo de fórmulas de trabajo en equipo, tiene que atender a todas las personas que acuden a él. Además de esto, tiene que crear unos programas que estén dirigidos a promocionar la salud, a la prevención de enfermedades, a la curación y también a la rehabilitación. Para hacer todo esto tiene que hacer uso de todos sus medios como lo son sus equipos de apoyo de la atención primaria.
- La atención primaria de salud tiene que prestar una atención muy completa a la salud debido a que es el primer nivel de acceso de las personas al sistema sanitario.

- La atención primaria de salud tiene lugar en cada zona básica de salud y en ella trabajan diferentes profesionales., entre los que destacamos el celador.

Las principales funciones del celador en atención primaria son las siguientes:

- Tiene que atender e informar al paciente.
- Realizar el traslado y movilizaciones de los pacientes.
- Recepcionar el material necesario.
- Llevar la documentación al lugar donde sea requerida.
- Colaborar con el resto de profesionales.

El celador también trabaja en los servicios de urgencias de atención primaria y sus funciones son las siguientes:

- Su horario es de 20 h a 8 h entre semana y de 24 horas cuando son fines de semana y festivos.
- Además de las funciones generales que tienen los celadores, también tienen que encargarse de labores administrativas como tomarle los datos a los pacientes.
- Tiene que comprobar los datos de la tarjeta sanitaria.
- Cuando se encuentre solo debido a que por una urgencia el equipo médico haya tenido que salir, nunca abandonara su puesto de trabajo.

5 Discusión-Conclusión

En este trabajo hemos visto conceptos de la atención primaria de la salud como las áreas de salud, las zonas básicas de salud, los equipos de atención primaria y el centro de salud.

Es importante mencionar que la atención primaria tiene que ser muy eficaz, ya que es donde primer contacto tiene la persona con el sistema de salud. También tiene que ser integral, así se atenderían a los que de verdad necesitan una atención especializada.

Por otra parte, decir que un abuso y una mala utilización de los servicios de urgencias hospitalarias dan lugar a largas colas de espera y a un colapso del servicio, llegando a retrasar la atención de la persona que de verdad necesita ser atendido con urgencia.

6 Bibliografía

1. Temario celadores parte específica. Editorial MAD.
2. Campus online EGS.
3. celadoresclogspot.com.

Capítulo 345

PAPEL DEL CELADOR EN LOS PRIMEROS AUXILIOS. REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA.

JOSE ANGEL GARCIA SERRANO

MARIA JOSE VIZCAINO GONZALEZ

LAURA RUIZ GÓMEZ

EVA MARIA SÁNCHEZ CASTRO

ALEJANDRO GARCÍA BERNET

1 Introducción

Reconocer un estado crítico en una persona debe ser una tarea a conocer por toda la población y sobre todo por los diferentes profesionales tanto de la salud como no sanitarios, como puede ser el celador. Un estado crítico no solo nos referimos a un paro cardiorespiratorio sino también a un montón de situaciones que se pueden encontrar los pacientes en un momento dado como: reconocer los signos vitales, valorar el estado del lesionado, el saber qué hacer ante un paro cardiorespiratorio. Todo ello útil tanto dentro de una institución sanitaria como en el día a día de la vida cotidiana.

Ante una situación de urgencias se debe mantener la calma, saber escuchar, observar haciendo sentir a la persona enferma cercanía y crear una sensación de

seguridad, pudiendo aliviar así sufrimiento al paciente y promover así la fluida e inmediata cadena de supervivencia.

Ante cualquier situación y previa actuación se debe poner a uno mismo, y a la persona enferma a salvo y protegerles al paciente y a uno mismo poniéndose en una zona segura para evitar que sea más grave aún o se pueda producir otro accidente.

El propósito de la asistencia inmediata es mantener con vida al paciente evitando que se produzcan nuevas lesiones u otras complicaciones, poner al equipo médico en conocimientos y así poner lo antes posible al paciente en las manos correspondientes para ser atendido para evitar infecciones o problemas secundarios.

2 Objetivos

- Realizar una revisión de la literatura que analice cómo influye el papel del celador en los primeros auxilios.
- Establecer las competencias de conocimientos, habilidades y actitudes necesarias en los profesionales de los celadores en los primeros auxilios.
- Conocer la importancia de una realización eficaz del manejo de los primeros auxilios por parte del celador.
- Exponer la importancia de mejorar el abordaje multidisciplinar en cuanto a los primeros auxilios.

3 Metodología

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

4 Resultados

Es totalmente necesario y fundamental ofrecer y dar formación al personal no sanitario sobre primeros auxilios definiendo primeros auxilios como las primeras medidas de asistencia y eficaces que se deben tomar de manera isofacta en caso de empeoramiento del estado de un paciente, accidente enfermedad inesperada y de aparición brusca.

El resultado de la primera actuación del equipo no sanitario de evitará que la situaciones de la persona afectado sea más grave o empere su inicial estado de salud.

Todas estas actuaciones por parte del personal sanitario se pondrán en marcha a la espera de la llegada del personal sanitario cualificado. Teniendo en cuenta esto los objetivos de realizar estos primero auxilios son:

- Mantener la vida de la víctima cuando la lesión y/o la situación es grave.
- Evitar el empeoramiento y/o complicaciones en los casos de lesiones que, en principio, no revisten gravedad.
- Evitar lesiones secundarias.
- Promover la recuperación.
- Aliviar el sufrimiento de la víctima.

El acto general ante una situación de emergencia se hará a través de la siguiente premisa Proteger (P), Avisar (A), Socorrer (S): P.A.S.

1. Proteger. Antes de cualquier otra actuación, se debe proteger a la víctima o accidentado, a uno mismo, a otras personas y al entorno, de este modo lograremos obtener un lugar seguro para todos.

2. Avisar. Poner la situación en conocimiento de personas cualificadas o bien de los servicios de emergencia. Debemos facilitar la mayor información posible de los hechos y del estado de la víctima (lugar, tipo de lesiones...) para proceder correctamente.

3. Socorrer. Después de realizar una exploración primaria de los signos vitales y síntomas de la víctima, aplicaremos los protocolos establecidos para cada situación de primeros auxilios. Es fundamental mantener la calma, tranquilizar a la víctima y por supuesto actuar solamente cuando estemos seguros de que lo que vamos a realizar es lo correcto. En caso de no ser así, es mejor no actuar y así evitar perjudicar a la víctima con una actuación incorrecta.

5 Discusión-Conclusión

Es fundamental que todo el personal no sanitario como es el celador goce de formación y conocimientos sobre la base de una atención inmediata en caso de empeoramiento por parte del paciente o se produzca un accidente de manera inesperada. La formación en primeros auxilios previene de lesiones o problemas secundarios que pueda agravar aún más la situación del paciente.

Coger a tiempo este tipo de situaciones de urgencia es la base para evitar en todo momento la gravedad del estado de salud del paciente en cuestión.

Entendiendo que primeros auxiliar es la atención inmediata que le ofrece a una persona enferma, lesionada o accidentada en el lugar en donde se produce, antes de ser atendida o trasladado a un centro asistencial u hospitalario.

Todas estos tipos de acciones de primeros auxilios en personal no sanitario como en este caso el celador ante diferentes acontecimientos que pueden suceder en nuestro alrededor en la vida diaria o durante el desarrollo de nuestras tareas laborales, ayudara como primera actuación posteriormente al equipo sanitario cualificado para estos casos.

Se debe por tanto poner a la víctima en manos tan pronto como sea posible del personal cualificado y poniendo a este en conocimiento llamando al 112.

6 Bibliografía

- Torres Fuentes G, Herrera B, Rubiera B, Iglesias Camejo M. Tratamiento del cólico nefrítico con diclofenaco sódico. Rev. cienc. méd. La Habana. 2013; 19(1).
- Engeler D, Ackermann D, Osterwalder J, Keel A, Schmid HP. A double-blind, placebo controlled comparison of the morphine sparing effect of oral rofecoxib and diclofenac for acute renal colic. Journal of Urology. 2005; 174(3):933-936.
- Song SW, Kim K, Rhee JE, Lee JH, Seo GJ, Park HM. Butylscopolammonium bromide does not provide additional analgesia when combined with morphine and ketorolac for acute renal colic. Emergency Medicine Australasia. 2012; 24(2):144-150.

Capítulo 346

MENOPAUSIA Y SU TRATAMIENTOS FARMACOLÓGICOS.

AMELIA AGUARON LANGARITA

1 Introducción

La menopausia es un proceso fisiológico que sucede en la vida de las mujeres, se corresponde con el fin de su periodo fértil y forma parte del proceso natural de envejecimiento.

Es bastante común hablar de menopausia con la aparición de los primeros indicios de que la menstruación llega a su fin, pero en realidad no se podría hablar de menopausia hasta que se produzca una ausencia de periodo mantenida en el tiempo durante al menos 12 meses.

En España la menopausia se produce de media a los 50-51 años, con una amplia horquilla que abarca desde los 48 años hasta los 54.

Si llega a producirse antes de los 45 años de edad, estaríamos hablando de menopausia precoz y si ocurriera después de cumplir los 55 años de edad, estaríamos ante una menopausia tardía.

La menopausia se produce por la pérdida de los niveles de estrógenos en el organismo, principalmente por el estradiol.

La menopausia no es una situación patológica como tal, realmente es una etapa normal o fisiológica que forma parte del proceso de envejecimiento de una mujer. Sin embargo este proceso puede producir ciertos cambios funcionales, morfológicos y psicológicos que pueden afectar en mayor o menor medida a la calidad de vida de las mujeres que lo padecen, llegando a tener que recibir tratamiento.

2 Objetivos

- Conocer en qué consiste la menopausia y ver a qué franja de edad de mujeres afecta.
- Ver los distintos tratamientos que ofrece la farmacia para su tratamiento.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y 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

La etapa de la perimenopausia puede alargarse en un periodo comprendido entre los 2 y los 8 años previos a la menopausia por lo que a partir de los 40 años de edad algunas mujeres ya pueden encontrarse en esta etapa.

En esta etapa los estrógenos y la progesterona, las hormonas femeninas, comienzan a descender, aunque en ciertos momentos puedan tener subidas descontroladas, lo que provoca alteraciones e irregularidades en el ciclo menstrual que desembocan inevitablemente en la pérdida de la menstruación, apareciendo así la menopausia.

Cuando la pérdida del periodo se prolonga más de 12 meses se considera que la menopausia ha llegado y se desarrollan diferentes síntomas que afectan de diferente forma y número a las mujeres que se encuentran en esta etapa.

No todas las mujeres llegan a presentar síntomas, y las que los presentan refieren intensidades variables, cuando los síntomas llegan a una intensidad elevada, deben de tratarse con fármacos de prescripción médica o con complementos nutricionales de origen natural.

Desde la farmacia se recomiendan medidas higiénico-dietéticas para aliviar los trastornos que produce la menopausia, que entre otros pueden ser : el insomnio, problemas genitourinarios, ansiedad, cansancio, reducción de la libido, pérdida de memoria, ganancia de peso, mareos, hipertensión, sequedad cutánea , osteoporosis, etc.

La terapia hormonal es el tratamiento más eficaz para los síntomas producidos por la deficiencia de estrógenos y está recomendado para evitar fracturas asociadas a la menopausia.

Para ello se ofrecen fármacos de estrógenos y gestágenos y en combinación de ambos.

Estas presentaciones se ofrecen en comprimidos orales, parches transdérmicos, cápsulas y comprimido vaginal.

Para las mujeres que no sufren muchos síntomas o no quieren un tratamiento hormonal se presentan diferentes opciones derivadas de la fitoterapia como pueden ser: El lúpulo, la soja, la vitamina D, melatonina, aceite de onagra etc...

5 Discusión-Conclusión

Me parece muy interesante el saber que la menopausia no es una patología en sí misma, forma parte del proceso de maduración y envejecimiento de las mujeres. Me resulta curioso ver que afecta a las mujeres de muy diversas maneras, provocando en algunas de ellas una sintomatología desagradable para el día a día como es el insomnio, sequedad en la piel y mucosas, depresión, ganancia de peso... y en otras llega a pasar inadvertida.

Creo que la farmacología una vez más nos ofrece buenos resultados para mitigar los problemas causados por la menopausia en este caso, pero puedo observar que de nuevo, llevar una vida serena y saludable y la combinación de elementos naturales nos ayudan a sobrellevar esta etapa.

6 Bibliografía

- Menopausia . Transición . Farmacia profesional. 2002.
- Cachafeiro MJ, Madurez. Curso de salud de la mujer . Aula de farmacia. Sanidad y Ediciones S:L:2020
- Molero F. Salud sexual en las diferentes etapas de la vida de la mujer. 2020

Capítulo 347

ENFERMEDADES CRONICAS

DAVID FONDON GONZALEZ

1 Introducción

Con el tiempo, aunque la esperanza de vida vaya en aumento y la salud pública y atención sanitaria haya sufrido grandes mejoras, hay personas que llevan unos estilos de vida poco saludables como el sedentarismo, el tabaquismo o el alcoholismo, que hace que las enfermedades crónicas hayan aumentado.

Según la OMS, una enfermedad crónica es una afección de larga duración con una progresión generalmente lenta. Por lo general, se considera enfermedad crónica cuando tiene una duración de 6 meses o mayor y es posible que vayan a peor con el tiempo.

Las enfermedades crónicas, normalmente los que mas las padecen, son las personas adultas o personas mayores. Muchas de estas enfermedades se pueden controlar pero no curar totalmente.

Son enfermedades con un fuerte impacto en la persona, socialmente y en algunos casos, económicamente.

También puede llegar a afectar al entorno de la persona afectada, a su familia y amigos.

Algo que nos puede ayudar es hablar con personas que tengan nuestra misma enfermedad, para compartir lo que sentimos y nos ayuden a comprender mejor la enfermedad que padecemos y poder entenderla mejor y enfrentarnos a ella.

Algunas de las enfermedades crónicas mas comunes pueden ser la diabetes, artritis, cardiopatía o el cáncer.

2 Objetivos

-Desarrollar los mecanismos y cuidados necesarios para poder proporcionar al paciente crónico los pasos a seguir para enfrentarse a la enfermedad y ofrecerle una atención de calidad.

3 Metodología

Para la elaboración de este capítulo se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han consultado bases de datos como Clinical key, PubMed, Scielo o Medline.

Además, se han tenido en cuenta diferentes artículos, libros y estudios de webs científicas.

4 Resultados

Una enfermedad crónica es un problema de salud a largo plazo cuyos síntomas obligan al paciente en muchos casos, a modificar su estilo de vida, ya que le provocan ciertas limitaciones.

Vivir con una enfermedad crónica puede hacer que la persona afectada se sienta sola, por lo que le sería de ayuda encontrar a personas con la misma enfermedad. Nos podría ayudar a manejar y comprender mejor la situación y compartir situaciones y sentimientos.

Para algunas enfermedades crónicas se han creado organizaciones o grupos de apoyo como puede ser La Asociación Americana del Corazón. Está sería una manera de conocer a gente con nuestra misma enfermedad. En algunos hospitales también podemos encontrar charlas o clases que nos ayudaran también a entender y manejar nuestra enfermedad.

Algunas actuaciones que podemos llevar a cabo con el paciente crónico pueden ser:

- Facilitar su autonomía.
- Apoyarlo y informarlo en todo lo posible.
- Inculcarle hábitos de vida saludable.
- Promover su participación en grupos de apoyo, charlas, etc.
- Informarle de todos los recursos sanitarios que tiene a su alcance.

Algunos pacientes que vivan solos pueden necesitar ayuda para sus cuidados personales, ir al especialista o simplemente hacer las tareas del hogar. Es importante que se sientan cómodos recibiendo ayuda y no sientan vergüenza de tener que pedirla, ya que hay personas que son felices ayudando. Hay muchas agencias de voluntarios donde encontraremos a gente encantada de poder ayudarnos.

Muchas enfermedades crónicas pueden no tener cura.

Algunas de estas enfermedades pueden ser:

-Alzheimer. Se desconoce su causa exacta. Suele afectar a la memoria. Suele aparecer en personas mayores. Aparece mas en mujeres que en hombres.

-Diabetes. Es una enfermedad crónica que hace que el cuerpo no pueda regular la cantidad de azúcar en sangre. Puede ser causada cuando el cuerpo no produce insulina o la resistencia a la insulina.

5 Discusión-Conclusión

Con el aumento de la esperanza de vida y el envejecimiento de la población ha aumentado la aparición de enfermedades crónicas.

Según la Organización Mundial de la Salud, las enfermedades crónicas son la causa del 60% de las muertes en el mundo y del 75% del gasto sanitario. Por ello representa uno de los principales retos a los que debe hacer frente el sistema sociosanitario para cumplir con las necesidades de este tipo de pacientes crónicos.

Entre todos tenemos que apoyar, educar y acompañar a los enfermos crónicos durante todo el proceso, intentando reforzar su confianza, su autonomía y su participación durante todo el tiempo que dure su enfermedad.

6 Bibliografía

- 1-Organización de la salud. Estadísticas sanitarias Mundiales.2014.
- 2-Sociedad de Enfermería Madrileña de Atención Primaria.2013.
- 3-Medlineplus.gov
- 4-Cancer.gov

Capítulo 348

ACTUACIÓN DEL CELADO EN CUANTO AL TRASLADO DE DOCUMENTACIÓN CLÍNICA. REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA

LAURA RUIZ GÓMEZ

MARIA JOSE VIZCAINO GONZALEZ

JOSE ANGEL GARCIA SERRANO

EVA MARIA SÁNCHEZ CASTRO

1 Introducción

Las funciones del celador, encargado del traslado de la documentación clínica y otro tipo de documentos, se encuentran 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”, manifestadas en el apartado 14.2. En esta orden destacan las siguientes funciones:

- Tramitarán o conducirán sin tardanza las comunicaciones verbales, documentos u objetos que les sean confiados por sus superiores. Trasladarán de unos servicios a otros los aparatos o mobiliario que se les indique.
- Trasladarán documentación clínica y otros tipos de documentos de un centro hospitalario a otro centro.

La realización de estas funciones debe ser rápida, con cierta diligencia, orden y seguridad, llevando a cabo las actuaciones necesarias para que los documentos u

objetos que vayan a ser trasladados lleguen a su destino íntegro, sin ningún tipo de deterioro. Del mismo modo, el celador debe encargarse de cumplir con la ley de protección de datos, por lo tanto, los datos de los pacientes que aparecen en dichos documentos deberán ser tapados para no ser visualizados por personas ajenas al servicio.

En este capítulo se llevará a cabo una breve síntesis del tipo de documentación clínica utilizada en Atención Primaria y la documentación clínica de uso en el recinto hospitalario

2 Objetivos

Conocer las funciones del celador encargado del traslado de documentación clínica y otros documentos.

Conocer la orden en la cual se establecen las funciones de los celadores.

3 Metodología

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

4 Resultados

1. Documentación clínica de uso en Atención Primaria.

- Historia clínica.

Documento donde aparece toda la historia médica del paciente. Diagnósticos, tratamientos, pruebas, vacunas, alergias, enfermedades.

- Historia médica. Documento que recoge todos los resultados de las pruebas realizadas, exploraciones, diagnóstico.

- Historia de enfermería.

Documento que recoge la consulta directa realizada por el personal de enfermería en los centros de salud. Este documento se centra en los cuidados de enfermería llevados a cabo.

- Impreso de citación.

Documento utilizado para solicitar la próxima consulta. En el se recogen los datos de la seguridad social del paciente, lugar, día, hora y servicio en el que se cita al

paciente, instrucciones que debe seguir el paciente al acudir a su cita o instrucciones para anular la cita si no pudiera asistir.

- Impreso de solicitud de pruebas complementarias.

Documentos necesarios para solicitar pruebas a otros servicios (radiodiagnóstico, laboratorio, anatomía patológica, medicina nuclear, neurofisiología, rehabilitación) o a otros centros sanitarios; como pueden ser centros de especialidades (traumatología, cardiología, digestivo, maxilofacial).

2. Documentación clínica de uso hospitalario.

- Historia clínica.

- Hoja de ingreso.

Documento donde se recoge los datos de la seguridad social del paciente, datos de contacto con familiares, unidad en la que ingresa, habitación o box y motivo del ingreso. Este documento es rellenado por personal administrativo.

- Informe médico de urgencias.

Documento que recoge los resultados de las pruebas y tratamientos llevados a cabo por el equipo médico de urgencias, al igual que el diagnóstico realizado.

- Informe de enfermería de urgencias.

Documento que recoge las actuaciones sanitarias del equipo de enfermería y la evolución del paciente.

- Hoja de evolución médica.

Documento donde se recogen las anotaciones de los médicos sobre la evolución del paciente durante su estancia en cada unidad.

- Orden de tratamiento.

Documento que recoge el tratamiento establecido por el médico y llevado a cabo por el equipo de enfermería. Este documento es revisado y actualizado a diario.

- Hoja de observaciones.

- Graficas de constantes vitales.

- Impresos de consentimiento informado.

Documento que recoge el consentimiento del paciente sobre las pruebas a las que se va a someter. Antes de que el paciente firme el consentimiento, este recibirá toda la información necesaria sobre la prueba a realizar, el proceso, los preparativos y posterior tratamiento.

- Hojas operatorias.

Documento que recoge tres tipos de hojas: la de la intervención quirúrgica, la de anestesia y la de enfermería.

- Informe clínico de alta.

Documento que recoge el alta de la unidad donde se encuentra el paciente. Este documento es redactado y firmado por el médico encargado del tratamiento del

paciente.

- Impreso de alta voluntaria.

Este documento es redactado y firmado por el médico encargado del tratamiento del paciente, bajo la petición por parte del paciente de recibir el alta voluntaria.

- Impreso de solicitud de pruebas diagnosticas.

Documento que recoge la petición de realización de pruebas diagnosticas.

- Impreso de solicitud de pruebas complementarias.

Documento que recoge la petición de realización de pruebas complementarias.

5 Discusión-Conclusión

Las evidencias que presentamos anteriormente en este capítulo nos demuestran que el celador es el encargado de trasladar toda la documentación clínica y no clínica que indiquen sus superiores, realizando el traslado de manera rápida, con diligencia, orden y seguridad. Del mismo modo, deberán mantener la normativa de protección de datos de los pacientes.

Como se ha podido comprobar con la lectura de este capítulo, las funciones de los celadores en el servicio de traslado de documentación se encuentra 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

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 349

ACTUACIÓN DEL CELADOR EN UNA PLANTA HOSPITALARIA. REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA.

MONTSERRAT FELIPE AUÑON

FRANCISCO FRAILE GIL

MARIA SANCHEZ CAMARA

1 Introducción

Un hospital es un establecimiento en el que se va a prestar atención y asistencia a enfermos por médicos, personal de enfermería, auxiliares y de otros servicios durante las 24 horas todo el año; disponen de tecnología, aparatos, instrumental y farmacología; su estructura está especialmente diseñada para cumplir las funciones de prevención, diagnóstico y tratamiento de enfermedades.

Las Plantas son las unidades de ingresos que están repartidas en diferentes pisos donde se encuentran las habitaciones de los enfermos, siendo la función de estas unidades dar una atención asistencial con el fin de proporcionar un bienestar a los enfermos, así como un diagnóstico y tratamiento tanto para pacientes agudos como críticos.

En las Plantas encontraremos 7 zonas: habitaciones, pasillos, zona de control, office, cuarto de ropa sucia y residuos, almacén de lencería y sala de estar.

La habitación cuenta con una toma de oxígeno y otra para el sistema de vacío, timbre para el paciente, mesilla adaptable, sillón, cama ortopédica para adoptar

diferentes tipos de posturas, cuña, batea, televisor y ventana para iluminación natural.

En cuanto a la distribución del personal en planta: se encuentran supervisora, enfermeras, auxiliares las cuales reparten las tareas, pacientes y celadores que se encargarán de los traslados y movilizaciones de los pacientes, también se encuentra el personal de limpieza y de mantenimiento.

2 Objetivos

Presentar las diferentes funciones que desempeña el celador en una planta de hospitalización.

3 Metodología

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

4 Resultados

Las funciones que desempeña el celador en una planta son las siguientes:

Prestará los servicios de guardia que le corresponda, en orden a los turnos que se establezcan.

Instalará a los enfermos cuando lleguen a planta, ayudando al Técnico en cuidados auxiliares de Enfermería.

Ayudará al personal sanitario en la movilización y transferencia de los pacientes.

Trasladará pacientes a otros servicios o consultas.

Ayudará en la colocación o retirada de cuñas a los Técnicos en cuidados auxiliares de Enfermería cuando por circunstancias especiales estos no puedan hacerlo solos.

Trasladará aparatos y mobiliario.

Vigilará la correcta conservación del material y enseres de la Institución.

Controlará la entrada y salida de los visitantes.

Prestarán servicios de ascensoristas siempre y cuando se le asigne especialmente este cometido.

Invitará a abandonar la institución a todos aquellos visitantes que no justifique su permanencia en la misma, de manera educada.

Llevarán informes verbales o escritos a los servicios que les sean ordenados por sus superiores con diligencia y rapidez.

Realizarán, excepcionalmente aquellas labores de limpieza que se les encomiende cuando su realización por el personal femenino no sea idónea o decorosa en orden a su situación, emplazamiento, dificultad de manejo, peso de los objetos o locales a limpiar.

Transporta y coloca la botella de oxígeno a la cabecera de la cama siguiendo instrucciones del personal de enfermería.

Ayudará a las enfermeras a amortajar a los pacientes fallecidos vistiéndolos con una sábana antes de trasladarlos al mortuario. El cadáver debe ser retirado con discreción en una camilla procurando que los demás enfermos no se enteren de la muerte. Cuidará que no se pierda la tarjeta de identificación del cadáver y al transportarlo se pedirá a los pacientes deambulantes que se retiren a sus habitaciones durante el tiempo necesario para pasar.

Informará a sus superiores de cualquier anomalía que encontraran en la conservación del edificio o del material.

Se abstendrán de hacer comentarios con los familiares y visitantes de los enfermos sobre diagnósticos, exploraciones y tratamientos que se estén realizando a los mismos, y mucho menos informar sobre los pronósticos de su enfermedad, debiendo siempre orientar las consultas hacia el médico encargado de la asistencia.

Estarán siempre localizados.

Realizarán también otras funciones similares que les sean encomendadas por sus superiores y no hayan quedado específicamente reseñadas

5 Discusión-Conclusión

El celador es imprescindible en el equipo de trabajo en una planta de hospitalización; se requiere para este puesto saber trabajar en equipo, dinamismo, humanismo, paciencia, y empatía, ya que nos podemos encontrar con diferentes tipos de personas: personas con problemas sociales, psíquicos, físicos o todo lo contrario personas que solamente se encuentran en una situación patológica, pero que precisan atención como por ejemplo las personas mayores.

Hemos visto, por lo tanto, que los celadores en una planta se encargarán de la movilización y traslado de los pacientes, transportarán mobiliario de un sitio a otro como camas, sillas de ruedas, camillas, aparatos médicos etc.; para garanti-

zar un buen desarrollo en el funcionamiento de una planta de hospitalización el celador debe estar debidamente instruido en los protocolos de actuación.

6 Bibliografía

1. <http://www.auxiliar-enfermeria.com>
2. Wikipedia www.celdores.org

Capítulo 350

ORGANIZACION DEL SISTEMA SANITARIO DE SALUD

GEMMA ALONSO COMBARRO

1 Introducción

La organización sanitaria en España se realiza siguiendo la recomendación relativa a la organización del Estado español, recogida en el Título VIII de la Constitución Española de la Organización territorial del Estado, es decir, en el marco de las distintas comunidades autónomas.

Esta organización queda definida en el capítulo primero del Título III de la Ley General de Sanidad, 14/ 1986, de 25 de Abril, donde se describe el Sistema Nacional de Salud y el Consejo Interterritorial, en el artículo 44 de dicha ley se señala que "todas las estructuras y servicios públicos al servicio de la salud integrarán el Sistema Nacional de Salud"

Dicho artículo define al Sistema Nacional de Salud como " el conjunto de los Servicios de la Administración del Estado y de los Servicios de las comunidades autónomas, debidamente coordinados". En él se integran todas las estructuras y servicios públicos al servicio de la salud, así como las funciones y prestaciones sanitarias que son responsabilidad de los poderes públicos, para satisfacer el derecho a la protección de la salud, reconocido en el artículo 43.1 de la Constitución. La Ley General de Sanidad estableció los principios que han permitido configurar el Sistema Nacional de Salud, creó el Consejo Interterritorial, como órgano coordinador entre las comunidades autónomas y la Administración General del Estado, ello posibilita que el Sistema Nacional de Salud mantenga una identidad común y responda a los principios constitucionales de unidad, autonomía y solidaridad, en los que se fundamenta el Estado autonómico.

2 Objetivos

-Conocer los niveles de organización del sistema sanitario español.

3 Metodología

Para la elaboración de éste capítulo se realizó una revisión de la legislación vigente sobre el sistema sanitario público, así como la consulta a diferentes páginas web relacionadas con la sanidad, tanto a nivel autonómico como estatal y se realizó una búsqueda bibliográfica sistemática en diversas bases de datos como Cuiden, Dialnet y Pubmed y artículos científicos publicados, utilizando las palabras clave como sanidad, ley general de sanidad, servicios de salud u organización sanitaria en España.

4 Resultados

La Ley General de Sanidad instauro el Sistema Nacional de Salud mediante la integración de diversos subsistemas sanitarios públicos, basados el principio de que toda persona tiene derecho a la salud, independientemente de su situación económica y laboral.

El sistema Nacional de Salud es el conjunto de los servicios de Salud de la Administración del Estado y de los servicios de salud de las Comunidades Autónomas. El sistema sanitario español puede identificarse en tres niveles organizativos: central, autonómico y áreas de salud.

-La organización de la administración central: Es el órgano fundamental de la administración central del Estado, es el ministerio responsable de sanidad, encargado de salud, planificación y asistencia sanitaria y consumo, así como la coordinación de determinadas actividades.

-Organización autonómica: La ordenación territorial de los servicios sanitarios es competencia de las Comunidades Autónomas y debe basarse en la aplicación de un concepto integrado de atención a la salud.

En cada Comunidad Autónoma debe constituirse un servicio de salud integrado por todos los centros, servicios y establecimientos de la propia comunidad, diputaciones, ayuntamientos y otras organizaciones territoriales intracomunitarias, respetando las distintas titularidades que existan, aunque a nivel funcional dichos servicios estén adscritos al servicio de salud de cada Comunidad Autónoma.

-Áreas de Salud: Se consideran las estructuras fundamentales del sistema sanitario y responsables de la gestión unitaria de los centros y establecimientos del servicio de salud de la Comunidad Autónoma en su demarcación territorial y de las prestaciones sanitarias y programas sanitarios por ellos desarrollados.

La financiación de la asistencia , inicialmente se realizaba con cargo a una serie de apartados como las cotizaciones al sistema de Seguridad Social por empresarios y trabajadores, las aportaciones directas de las comunidades autónomas y corporaciones locales o transferencias del Estado con cargo a los Presupuestos Generales.

En la actualidad, la financiación se realiza casi en su totalidad a cargo de los Presupuestos Generales del Estado, con aportaciones mínimas por cotizaciones a la Seguridad Social de empresarios y trabajadores y tasas por prestación de determinados servicios.

5 Discusión-Conclusión

Uno de los principales problemas del SNS es la falta de coordinación entre Asistencia Primaria y especializada, con duplicidad de historias clínicas y archivos, retrasos y duplicidad de pruebas diagnósticas y tiempos largos de espera en diagnósticos y tratamientos especializados hospitalarios.

Otro de los problemas a los que se enfrenta el modelo del sistema sanitario de salud es el de la financiación, ya que los gastos sanitarios aumentan porque la población ha envejecido y los gastos sanitarios para las personas mayores se incrementan. Además al envejecer la población activa trabajadora que es la que produce y satisface el grueso de los impuestos disminuye relativamente frente a las personas que no trabajan, por lo que los ingresos que el sistema sanitario disminuyen.

6 Bibliografía

1. Ley 14/1986 de 25 de Abril, General de Sanidad.
2. Ley 16/2003 de 28 de mayo de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud.
3. www.mscd.gob.es
4. www.astursalud.es
5. www.editorialcepe.com

Capítulo 351

EL CELADOR. EL EMPLEO DE GUANTES SANITARIOS EN EL DESEMPEÑO DE SUS FUNCIONES. REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA.

MARIA SANCHEZ CAMARA

FRANCISCO FRAILE GIL

MONTSERRAT FELIPE AUÑON

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 los aspectos básicos a tener en cuenta respecto al uso de los guantes por parte de los celadores en la realización de sus funciones.

3 Metodología

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

4 Resultados

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.
- 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.

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. 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.

6 Bibliografía

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

Capítulo 352

RIESGOS POR EXPOSICIÓN A AGENTES BIOLÓGICOS EN LAS COCINAS DEL ÁMBITO SANITARIO Y NO SANITARIO. REVISION BIBLIOGRÁFICA

LORENA FERNÁNDEZ CASTAÑON

MARIA BEGOÑA SIERRA GARCIA

TAMARA IGLESIAS RODRIGUEZ

1 Introducción

En las cocinas de los hospitales que son de gran tamaño debido a que el volumen de trabajo es mayor porque en ellas se tienen que elaborar los alimentos para abastecer a todos los pacientes residentes en el centro hospitalario como es el desayuno, comida, merienda y cena, es frecuente que se produzcan accidentes. Estos accidentes pueden estar provocados por diferentes factores entre los que destacamos los cortes, las quemaduras, los golpes, pero también hay que mencionar los que se producen por la exposición a agentes biológicos que pueden estar presentes ya sea en los alimentos, los utensilios que se utilizan para la elaboración de los alimentos o en las superficies.

Los trabajadores de una cocina hospitalaria están expuestos a este tipo de agentes biológicos en su día a día de trabajo y no son conscientes de las opciones que

tienen de sufrir un accidente derivado de esta exposición, por lo que es importante que estos trabajadores sean conscientes de estos riesgos y sepan aplicar procedimientos para trabajar de forma segura y evitarlos en la mayor parte posible sobre todo este tipo de riesgos por contacto de agentes biológicos.

Los agentes biológicos son los seres vivos de tamaño microscópico que pueden causar daños a los seres humanos. Podemos mencionar a los virus, las bacterias, los endoparásitos humanos, los hongos, los cultivos celulares y los agentes transmisibles no convencionales.

Todos estos agentes pueden dar lugar a infecciones alimentarias.

2 Objetivos

El propósito de este trabajo es el de realizar una revisión de la literatura que analice cómo influyen los riesgos por exposición a agentes biológicos en las cocinas del ámbito sanitario y no sanitario.

Los objetivos específicos los hemos dividido en tres:

- ☒ Establecer las competencias de conocimientos, habilidades y actitudes necesarias en cuanto a los riesgos por exposición a los agentes biológicos en las cocinas del ámbito sanitario y no sanitario.
- ☒ Conocer la importancia de una realización eficaz del manejo de las medias eficaces contra la exposición de los agentes biológicos en las cocinas del ámbito sanitario y no sanitario.
- ☒ Mejorar el abordaje multidisciplinar en cuanto a la exposición a agentes biológicos en las cocinas del ámbito sanitario y no sanitario.

3 Metodología

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

4 Resultados

Son muchas las enfermedades que atañen al personal de cocina, en este caso, en las cocinas hospitalarias aparecen de manera habitual enfermedades, ya sea músculo-esqueléticas, como sobrecarga mental o por agentes biológicos, esto es

debido en gran medida al alto ritmo de trabajo al que están sometidos, el cual prácticamente es constante, y que además están obligados a desarrollar por la cantidad de pacientes / usuarios a los que tienen que proporcionar alimentos. Los virus, las bacterias, los parásitos, los hongos, son agentes biológicos cuya exposición pueden provocar riesgos de accidente por exposición a agentes biológicos con consecuencias negativas para la salud de los trabajadores.

En la actualidad, debido al control sanitario al que son sometidos los alimentos en poco frecuente que se produzca un contagio por agentes biológicos en la cocina, pero para ello también es de suma importancia mantener unos procedimientos seguros de trabajo para así evitar la aparición de estos agentes biológicos.

Al trabajar con alimentos en estado crudo, como carnes, pescados... los trabajadores de la cocina hospitalaria están expuestos a posibles riesgos biológicos y por tanto puede decirse que está expuesto a riesgo por exposición a agentes biológicos, ya sea porque los alimentos estén ya contaminados en su origen o porque los alimentos no estén en condiciones óptimas de consumo. Además de los riesgos biológicos presentes en los alimentos, también debemos tener en cuenta la presencia de estos agentes patógenos en otros lugares como pueden ser las instalaciones de aire acondicionado o las de climatización.

Para intentar eliminar o minimizar el riesgo de enfermedades por exposición a agentes biológicos se deben seguir las siguientes medidas preventivas:

- Todo el personal de la cocina debe estar en posesión del carnet de manipulador de alimentos.
- Actualmente, y debido a la presencia en la sociedad del virus covid-19 es obligatorio que todo el personal porte durante la jornada laboral la mascarilla y salvguarde las normas de higiene, extremando esta.
- El personal de cocina debe estar inmunizado frente a enfermedades como la hepatitis A.
- El personal de cocina tiene que utilizar ropa adecuada y exclusiva para el desempeño de la actividad en la cocina, debe evitar llevar pulseras, sortijas, el pelo debe estar recogido y las uñas cortas y libres de esmaltes.
- Si algún trabajador sufre un corte o pinchazo, desinfectar la herida rápidamente y posteriormente poner cubriendo la herida un apósito impermeable o guante si esta se produce en la mano.

5 Discusión-Conclusión

De acuerdo con los datos expuestos anteriormente podemos concluir que en las cocinas de los hospitales se pueden producir innumerables accidentes o in-

cidentes como consecuencia de la presencia en el lugar de trabajo de riesgos, en el caso de los riesgos biológicos es muy importante seguir unos procedimientos seguros de trabajo para así eliminar o minimizar estos riesgos y por ende las consecuencias que estos puedan producir en la salud de los trabajadores de la cocina hospitalaria así como en la salud de los pacientes / usuarios del centro hospitalario, los cuales debido al gran número de personas de las que estamos tratando y teniendo en cuenta las características personales que pudiesen presentar (inmunodeficiencias, pacientes con defensas bajas), podrían dar lugar a consecuencias graves para la salud de la comunidad.

6 Bibliografía

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

Capítulo 353

RIESGOS ERGONÓMICOS EN EL PUESTO DEL PERSONAL AUXILIAR ADMINISTRATIVO

MARÍA DOLORES MARTÍNEZ GONZÁLEZ

ISABEL PEREGRINA MARQUEZ

MARIA MONICA SANCHEZ MARTINEZ

AIDA CUEVA HEVIA

MARÍA DEL CARMEN GANSO SUÁREZ

1 Introducción

La ergonomía es una ciencia cuyo objetivo es la optimización integral de los sistemas hombre-máquina, entendiendo que esta optimización debe satisfacer tres criterios: en primer lugar, la participación del individuo; en segundo lugar, la mejora de la productividad mediante la eficacia y la eficiencia y, en último lugar, la protección de la persona y de su entorno. Es su misión, por lo tanto, conseguir que la persona se sienta en armonía con el entorno laboral, adaptando y mejorando el sistema, afianzando la seguridad y la salud, incrementando su confort. Por ello, que cuando hablamos de ergonomía se encuentran pautas tan dispares como el abordaje del diseño de máquinas y de las herramientas de trabajo, pero también del puesto de trabajo e, incluso, de la postura de la persona a la hora de desarrollar sus tareas laborales.

Los puestos de los auxiliares administrativos, en primera instancia, parecen no entrañar ningún tipo de riesgo; sin embargo, resulta cada vez más frecuente encontrar lesiones entre los trabajadores que realizan tareas administrativas. Por este motivo, seguir pautas que repercuten de manera positiva en la salud del empleado, es esencial, dado que se encuentra que más del 70% de los trabajadores administrativos padecen trastornos musculoesqueléticos.

2 Objetivos

El principal objetivo es analizar los principales trastornos que aparece en el trabajador auxiliar administrativo a causa de los riesgos ergonómicos a los que se encuentra expuesto.

3 Metodología

Se realizó una búsqueda, recopilación, actualización y tratamiento exhaustivo de las recientes investigaciones y revisiones científicas cuya información fue recogida en diferentes fuentes especializadas como: bases de datos de revistas científico-médicas (en Scopus, Science Direct, etc.), Google Académico, apuntes y libros de texto de formación profesional reglada. La búsqueda se ha restringido a los últimos 20 años.

4 Resultados

Se encuentra que los principales problemas derivados del trabajo de los auxiliares administrativos son los trastornos musculoesqueléticos, generados a causa de los movimientos repetitivos. Parece que casi el 24% de los trabajadores de la Unión Europea tienen dolor de espalda y el 22 % se quejan de dolores musculares; de hecho, en encuestas recientes, se encuentra que las molestias más frecuentes se hallan en la zona baja de la espalda, la nuca y el cuello y la zona alta de la espalda. Sin embargo, cuando hablamos de distintos tipos de profesionales, encontramos que el tipo de actividad laboral influye de manera determinante, así como otros factores tales como la edad. En este sentido, parece que en trabajadores de entre 16 y 25 años la frecuencia de estos dolores es de en entorno 60%, mientras que en aquellas personas mayores de 60 puede alcanzar hasta un 80%.

Los factores de riesgo para los auxiliares administrativos son múltiples, encontrando que las lesiones musculoesqueléticas se asocian con trabajos que re-

quieren movimientos repetitivos, como es el caso, o que exigen posturas estáticas para el desarrollo de las tareas durante mucho tiempo. Así, en los Auxiliares Administrativos encontramos distintas problemáticas y lesiones derivadas de su trabajo, como es el síndrome del túnel carpiano a causa de la compresión que afecta a los nervios de la mano y la muñeca; también tendinitis, cuyos síntomas son la inflamación de los músculos y los tendones; la osteoporosis, originada por el deterioro de los cartílagos y los huesos; la lumbalgia, que es el dolor en la región inferior de la espalda, en la zona de las vértebras. Otras afecciones típicas son el trastorno de cuello y extremidades superiores y, más en concreto, en la zona del cuello, con síntomas como dolor, rigidez u hormigueo a causa de las posturas forzadas de la cabeza girada o inclinada, manteniendo en la cabeza mucho tiempo en la misma posición y realizando movimientos repetitivos. En segundo lugar, el dolor en los hombros y rigidez esporádicos durante el día y de manera casi permanente por la noche, a causa de las posturas forzadas en los brazos y por los movimientos repetitivos de los mismos, manteniendo la cabeza en la misma posición y aplicando fuerza con los brazos y con las manos. También dolor en los codos, incluso sin poder llegar a moverlos a causa de los trabajos repetitivos que conjugan la fuerza con las manos y las muñecas, donde se encuentra también dolor frecuente e, incluso, en ocasiones no se puede extender el antebrazo. Finalmente, también se refiere de forma frecuente hormigueo y adormecimiento de los dedos a causa de un trabajo manual y repetitivo como es la mecanografía.

Se ha encontrado que en puestos con pantallas de visualización de datos se pueden generar problemáticas oculares, como es la presbicia. Por ello, a nivel ergonómico se recomienda mantener una distancia visual apropiada, además de que el mobiliario y la postura corporal han de tenerse en cuenta. En primer lugar, la silla ha de regularse de una manera correcta, colocando el monitor a una distancia de entre 60 y 80 cm de los ojos. Además, la línea superior de la pantalla no debe encontrarse por encima de los ojos. Se recomienda utilizar un atril para documentos para no encontrarse con una postura forzada inclinada hacia abajo. Los pies han de encontrarse de planos sobre el suelo, utilizando un reposapiés en el caso de que la silla sea muy alta. Para finalizar, la zona lumbar tiene que encontrarse correctamente apoyada.

5 Discusión-Conclusión

Existen múltiples factores de riesgo que afectan al auxiliar administrativo y a su productividad en el trabajo, así como a nivel físico y de salud en general. Es por

ello que se han de tener en cuenta los distintos aspectos que inciden en dichas problemáticas, como son: la pantalla, las posturas ergonómicas y aplicar diversos ejercicios preventivos durante la jornada laboral, como son ejercicios de relajación, andar de vez en cuando, no pasar más de dos o tres horas mirando la pantalla y cuidarse de manera frecuente la vista, mantener una adecuada limpieza de las gafas y con un seguimiento permanente en caso de pasar mucho tiempo mirando a una pantalla de visualización de datos.

6 Bibliografía

- Álvarez, G. M. A., Carrillo, S. A. V., & Rendón, C. M. T. (2011). Principales patologías osteomusculares relacionadas con el riesgo ergonómico derivado de las actividades laborales administrativas. *Revista CES Salud Pública*, 2(2), 196-203.
- Vernaza-Pinzón, P., & Sierra-Torres, C. H. (2005). Dolor músculo-esquelético y su asociación con factores de riesgo ergonómicos, en trabajadores administrativos. *Revista de salud pública*, 7, 317-326.
- Cruz, A. P. (2019). Factores de riesgo ergonómico en personal administrativo, un problema de salud ocupacional. *Sinapsis: La revista científica del ITSUP*, 2(15), 11.
- Robles, J. B., & Ortiz, J. (2019). RELACIÓN ENTRE POSTURAS ERGONÓMICAS INADECUADAS Y LA APARICIÓN DE TRASTORNOS MUSCULO ESQUELÉTICOS EN LOS TRABAJADORES DE LAS ÁREAS ADMINISTRATIVAS QUE UTILIZAN PANTALLA DE VISUALIZACIÓN DE DATOS, EN UNA EMPRESA DE LA CIUDAD DE QUITO EN EL AÑO 2015 [Universidad Tecnológica Equinoccial]. *Revista de Ciencias de Seguridad y Defensa*, 4(2), 158-81.