Problemas Sociales y de Actualidad

# XXXI LECCIONES EN SALUD SOCIAL Y AMBIENTAL

ciencia sanitaria

SOCIFOSA
sociedad científica española de formación sanitaria

# XXXI Lecciones en Salud Social y Ambiental.

# XXXI Lecciones en Salud Social y Ambiental.

**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: 978-84-19493-47-7

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

Producción editorial e impresión: Ciencia Sanitaria.

# Índice


1 **PLAN DE MEJORA SOBRE PREVENCIÓN DE ÚLCERAS POR PRESIÓN**
RAQUEL RINCON BURGUI 3

2 **ADAPTACIÓN DEL TEST TIMED UP AND GO PARA PERSONAS MAYORES DE 65 AÑOS**
ANDRES GARCÍA SORROCHE, AMANDA GONZÁLEZ HERNÁNDEZ, ELENA AMOR LIBRAN, NURIA REDONDO HERNANDO Y MARIA CASTELLANOS GÓMEZ 7

3 **ENVEJECIMIENTO ACTIVO Y LA IMPORTANCIA DEL EJERCICIO FÍSICO**
ANDRES GARCÍA SORROCHE, AMANDA GONZÁLEZ HERNÁNDEZ, ELENA AMOR LIBRAN, NURIA REDONDO HERNANDO Y MARIA CASTELLANOS GÓMEZ 13

4 **LOS EFECTOS Y REPERCUSIONES PSICOLOGICAS Y SOCIALES EN LA POBLACIÓN DEBIDO A LA PANDEMIA POR COVID-19**
MARÍA HERNÁNDEZ SÁNCHEZ, MARÍA JOSEFA MOLINA CIUDAD REAL, MAEBA RIVAS MUÑOZ, ANA BELÉN SÁNCHEZ PASTOR Y LOURDES SERRANO RABANAL 19

5 **EL MALTRATO DOMÉSTICO EN LAS PERSONAS MAYORES**
LORENA ORTIZ ORTIZ, SARA MUÑOZ MARÍN Y ELENA MUÑOZ MARÍN 25

6 **CUIDADOS BÁSICOS DE ENFERMERÍA EN NIÑOS CON DIAGNÓSTICO DE CETOACIDOSIS DIABÉTICA**
MARÍA JOSEFA MOLINA CIUDAD REAL, ANA BELÉN SÁNCHEZ PASTOR, LOURDES SERRANO RABANAL, MARÍA HERNÁNDEZ SÁNCHEZ Y MAEBA RIVAS MUÑOZ 29

7 **ABORDAJE DESDE LA ENFERMERÍA EN LA MUTILACIÓN GENITAL FEMENINA**
MAEBA RIVAS MUÑOZ, MARÍA HERNÁNDEZ SÁNCHEZ, MARÍA JOSEFA MOLINA CIUDAD REAL, LOURDES SERRANO RABANAL Y ANA BELÉN SÁNCHEZ PASTOR **33**

8 **TÉCNICA Y MANEJO POR PARTE DE LA ENFERMERA DE LA VÍA INTRAÓSEA**
FRANCISCO RODRIGUEZ GARCIA, JOSE MARIA MELLADO MOLINA, FRANCIISCO CAMACHO SÁCHEZ, CARLA EXPOSITO GONZALEZ Y SILVIA NOVAS FERNANDEZ **37**

9 **ENFERMERÍA Y SUS CUIDADOS AL PACIENTE PEDIÁTRICO CON CONVULSIÓN FEBRIL**
FRANCISCO RODRIGUEZ GARCIA, JOSE MARIA MELLADO MOLINA, FRANCIISCO CAMACHO SÁCHEZ, CARLA EXPOSITO GONZALEZ Y SILVIA NOVAS FERNANDEZ **41**

10 **MANEJO POR PARTE DE ENFERMERÍA DE LOS DISPOSITIVOS MÁS UTILIZADOS EN URGENCIAS EXTRAHOSPITALARIAS**
FRANCISCO RODRIGUEZ GARCIA, JOSE MARIA MELLADO MOLINA, FRANCIISCO CAMACHO SÁCHEZ, CARLA EXPOSITO GONZALEZ Y SILVIA NOVAS FERNANDEZ **45**

11 **CUIDADOS BÁSICOS DE UN CATÉTER VENOSO CENTRAL POR LA ENFERMERA**
ANA MARIA CARRETERO FERNANDEZ, HÉCTOR LÓPEZ PERAL, SERGIO LOPEZ MORCILLO, MERCEDES GARCÍA GARCÍA Y JAVIER GARCIA JATIVA **49**

12 **PREPARACION Y CUIDADOS DE ENFERMERIA PARA PACIENTE ENCAMADO QUE SE VA A SOMETER A UNA CPRE**
ANA MARIA CARRETERO FERNANDEZ, HÉCTOR LÓPEZ PERAL, SERGIO LOPEZ MORCILLO, MERCEDES GARCÍA GARCÍA Y JAVIER GARCIA JATIVA **53**

13 **CUIDADOS BASICOS DE ENFERMERIA EN PACIENTES QUE PRESENTAN UNA DISTROFIA MUSCULAR.**
ANA MARIA CARRETERO FERNANDEZ, HÉCTOR LÓPEZ PERAL, SERGIO LOPEZ MORCILLO, MERCEDES GARCÍA GARCÍA Y JAVIER GARCIA JATIVA **57**

14 **SEDACIÓN PALIATIVA EN LA ANGUSTIA VITAL**
ANIANA GONZÁLEZ ORTEGA, MARÍA HIDALGO SÁNCHEZ Y MARÍA MARÍN SABARIEGO **61**

15 **REGISTRO Y TRANSMISON DE CASOS COVID 19 EN LOS COLEGIOS DE ASTURIAS DURANTE EL CURSO 2020**
INMACULADA GARCIA FERNANDEZ, LUCIA MARTINEZ ARIAS Y ANA YESICA FERNÁNDEZ MENÉNDEZ **65**

16 **ATENCIÓN A PACIENTES CON DISCAPACIDAD INTELECTUAL EN EL ÁMBITO SANITARIO Y SOCIAL**
ELENA MUÑOZ MARÍN, LORENA ORTIZ ORTIZ Y SARA MUÑOZ MARÍN **69**

17 **ALIMENTACIÓN EN LA MENOSPAUSIA**
CRISTINA BUGALLO PEREZ **75**

18 **RECOMENDACIONES DIETÉTICAS EN PACIENTES INTOLERANTES A LA LACTOSA**
CRISTINA BUGALLO PEREZ **81**

19 **APLICACIÓN PRÁCTICA DE DIFERENTES MODELOS DE CALIDAD A TRAVÉS DE TRES EMPRESAS DEL SECTOR PRIVADO**
ANA YESICA FERNÁNDEZ MENÉNDEZ, LUCIA MARTINEZ ARIAS Y INMACULADA GARCIA FERNANDEZ **87**

20 **ENFERMERIA Y SUS CUIDADOS EN LA TRANSFUSIÓN SANGUÍNEA**
MARIA BLANCO SANABRIA, PRADO SANCHEZ FIGUEIRA, BEATRIZ ROSADO TOMÁS, ESTHER RAMOS PAVÓN Y REBECA DEL OLMO GONZÁLEZ **93**

21 **ACTUACION DE ENFERMERIA A LOS PACIENTE CON COLELITIASIS Y CÓLICO BILIAR**
MARIA BLANCO SANABRIA, PRADO SANCHEZ FIGUEIRA, BEATRIZ ROSADO TOMÁS, ESTHER RAMOS PAVÓN Y REBECA DEL OLMO GONZÁLEZ **99**

22 **ENFERMERIA Y SUS CUIDADOS EN LA FÍSTULA ARTERIOVENOSA**
MARIA BLANCO SANABRIA, PRADO SANCHEZ FIGUEIRA, BEATRIZ ROSADO TOMÁS, ESTHER RAMOS PAVÓN Y REBECA DEL OLMO GONZÁLEZ **105**

23 **ENFERMERÍA ANTE UN INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO**
MARIA ANGELES RUIZ REYES, ANA BELEN CORTES VELA, ALICIA MONREAL RUIZ, ROSALÍA MONREAL RUIZ Y LIDA ESTHER VIDAL PELAEZ **111**

24 **ENFERMERÍA SU IMPORTANCIA ANTE EL CÁNCER PEDIÁTRICO Y FALLECIMIENTO: IMPACTO A NIVEL LABORAL**
MARIA ANGELES RUIZ REYES, ANA BELEN CORTES VELA, ROSALÍA MONREAL RUIZ, ALICIA MONREAL RUIZ Y LIDA ESTHER VIDAL PELAEZ **115**

25 **REPERCUSIONES DE LA CONTAMINACIÓN SOBRE EL ÁMBITO SANITARIO**
SARA MUÑOZ MARÍN, LORENA ORTIZ ORTIZ Y ELENA MUÑOZ MARÍN **119**

26 **INTERVENCIONES DE APOYO PARA LOS PROFESIONALES SANITARIOS DURANTE EPIDEMIAS O PANDEMIAS**
ANDRES GARCÍA SORROCHE, AMANDA GONZÁLEZ HERNÁNDEZ, ELENA AMOR LIBRAN, NURIA REDONDO HERNANDO Y MARIA CASTELLANOS GÓMEZ **125**

27 **EL DOLOR NEONATAL Y LAS ESCALAS MÁS USADAS EN NEONATOS PARA LA MEDICIÓN DEL DOLOR**
ANA BELÉN SÁNCHEZ PASTOR, MARÍA JOSEFA MOLINA CIUDAD REAL, MARÍA HERNÁNDEZ SÁNCHEZ, MAEBA RIVAS MUÑOZ Y LOURDES SERRANO RABANAL **129**

**28 ENFERMERÍA Y LOS PACIENTES CON CÁNCER DE PULMÓN**
MARIA ANGELES RUIZ REYES, ANA BELEN CORTES VELA, ALICIA MONREAL RUIZ, ROSALÍA MONREAL RUIZ Y LIDA ESTHER VIDAL PELAEZ **137**

**29 ENFERMERÍA ATENCIÓN PRIMARIA EN TRATAMIENTOS Y CONTROL DE LOS ANTICOAGULANTES**
TATIANA CUESTA MATEOS, MARIA RODRIGO GAMARRA, SERGIO RODRÍGUEZ CAÑAMERO, SARA FERNÁNDEZ ARROYO Y FRANCISCO JAVIER LÓPEZ MOLINA **141**

**30 EFECTOS NOCIVOS DE LA EXPOSICIÓN AL CALOR EN EL TRABAJO. INVESTIGACIÓN POR ENFERMERÍA**
SERGIO RODRÍGUEZ CAÑAMERO, MARIA RODRIGO GAMARRA, TATIANA CUESTA MATEOS, SARA FERNÁNDEZ ARROYO Y FRANCISCO JAVIER LÓPEZ MOLINA **149**

**31 ENFERMERÍA Y EL APOYO EN LOS ANCIANOS DE LA PROMOCIÓN DE LA SALUD Y EDUCACIÓN SANITARIA**
SARA FERNÁNDEZ ARROYO, MARIA RODRIGO GAMARRA, TATIANA CUESTA MATEOS, SERGIO RODRÍGUEZ CAÑAMERO Y FRANCISCO JAVIER LÓPEZ MOLINA **153**

**32 LA MEDICINA LEGAL EN EL SIGLO XIX**
INMACULADA GARCIA FERNANDEZ, ANA YESICA FERNÁNDEZ MENÉNDEZ Y LUCIA MARTINEZ ARIAS **157**

**33 TRABAJO SOCIAL ENFERMERA: CLAUDICACIÓN FAMILIAR.**
ANIANA GONZÁLEZ ORTEGA, MARÍA MARÍN SABARIEGO Y MARÍA HIDALGO SÁNCHEZ **161**

**34 EL PAPEL DEL PERSONAL DE ENFERMERIA EN EL MALTRATO A ANCIANOS**
SILVIA GARCIA MORALES, MONICA CORTES ORMEÑO, SHEILA MARÍA PERÉZ CAPOTE, ROSA CRUZ MORALES Y REBECA SALINAS GONZÁLEZ **165**

35 **LA IMPORTANCIA DE LA LACTANCIA MATERNA Y EL PERSONAL DE ENFERMERÍA**
SILVIA GARCIA MORALES, SHEILA MARÍA PERÉZ CAPOTE, ROSA CRUZ MORALES, REBECA SALINAS GONZÁLEZ Y MONICA CORTES ORMEÑO **171**

36 **LA SALUD AMBIENTAL Y EL PAPEL DE ENFERMERÍA**
SILVIA GARCIA MORALES, MONICA CORTES ORMEÑO, SHEILA MARÍA PERÉZ CAPOTE, REBECA SALINAS GONZÁLEZ Y ROSA CRUZ MORALES **175**

37 **EL ESTRÉS LABORAL**
LOURDES SERRANO RABANAL, MARÍA JOSEFA MOLINA CIUDAD REAL, MARÍA HERNÁNDEZ SÁNCHEZ, MAEBA RIVAS MUÑOZ Y ANA BELÉN SÁNCHEZ PASTOR **179**

38 **INTERVENCIONES EN LA ASISTENCIA DE ENFERMERÍA EN CESÁREA PROGRAMADA O URGENTE**
PAULA JIMÉNEZ BALLESTEROS, SILVIA FUERTES SANCHEZ, DIEGO HIGUERA GARCÍA, EVA PUÑAL ORTEGA Y ROCÍO TROYANO SOLA **185**

39 **ABORDAJE EN ATENCIÓN PRIMARIA POR ENFERMERÍA DEL EMBARAZO Y EL SEGUIMIENTO DE LA LACTANCIA MATERNA**
DIEGO HIGUERA GARCÍA, SILVIA FUERTES SANCHEZ, PAULA JIMÉNEZ BALLESTEROS, EVA PUÑAL ORTEGA Y ROCÍO TROYANO SOLA **191**

40 **TIPOS DE BAROTRAUMA INVESTIGACIÓN POR ENFERMERÍA**
EVA PUÑAL ORTEGA, SILVIA FUERTES SANCHEZ, PAULA JIMÉNEZ BALLESTEROS, DIEGO HIGUERA GARCÍA Y ROCÍO TROYANO SOLA **195**

41 **TRASTORNOS DEL SUEÑO EN PROFESIONALES SANITARIOS**
MARÍA HIDALGO SÁNCHEZ, ANIANA GONZÁLEZ ORTEGA Y MARÍA MARÍN SABARIEGO **199**

42 **FUNCIONES DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA EN CUIDADOS PALIATIVOS**
ANDREA PALOMARES MUELA, LUZ MARÍA CARREÑO TÉBAR, DANIEL ORDÓÑEZ ZAMORANO, MARÍA DE LA CRUZ RODRÍGUEZ Y ALBERTO ORDOÑEZ ZAMORANO **205**

43 ENFERMERIA :CICATRIZACIÓN DE LAS HERIDAS POR SEGUNDA INTENCIÓN
ANDREA PALOMARES MUELA, LUZ MARÍA CARREÑO TÉBAR, DANIEL ORDÓÑEZ ZAMORANO, MARÍA DE LA CRUZ RODRÍGUEZ Y ALBERTO ORDOÑEZ ZAMORANO 211

44 INSERCIÓN, MANTENIMIENTO Y MANEJO DEL CATÉTER VENOSO CENTRAL. CUIDADOS DE ENFERMERÍA COMO PARTE DEL EQUIPO MULTIDISCIPLINAR
ANDREA PALOMARES MUELA, LUZ MARÍA CARREÑO TÉBAR, DANIEL ORDÓÑEZ ZAMORANO, MARÍA DE LA CRUZ RODRÍGUEZ Y ALBERTO ORDOÑEZ ZAMORANO 217

45 CUIDADOS GENERALES DE ENFERMERÍA AL PACIENTE TRAQUEOSTOMIZADO
SARA GARCÍA FELIPE 221

46 ENFERMERIA : LA VACUNA DE LA GRIPE
LUCÍA DIAZ GONZALEZ GARCIA ROMERAL, JESSICA VICTORIA CAMPO ISIDORO, ANDREA ESTHER GARCÍA CAÑADILLA, ROXANA MARIBEL GUILLÉN MORENO Y PATRICIA PLAZA GÓMEZ 227

47 ENFERMERIA : AUTISMO Y PSICOSIS. INCÓGNITAS EN EL DIAGNÓSTICO EN PSIQUIATRÍA
LUCÍA DIAZ GONZALEZ GARCIA ROMERAL, JESSICA VICTORIA CAMPO ISIDORO, ANDREA ESTHER GARCÍA CAÑADILLA, ROXANA MARIBEL GUILLÉN MORENO Y PATRICIA PLAZA GÓMEZ 231

48 ENFERMERÍA EN LA UNIDAD DE RECUPERACIÓN POSTANESTÉSICA A PACIENTES MASTECTOMIZADAS
LUCÍA DIAZ GONZALEZ GARCIA ROMERAL, JESSICA VICTORIA CAMPO ISIDORO, ANDREA ESTHER GARCÍA CAÑADILLA, ROXANA MARIBEL GUILLÉN MORENO Y PATRICIA PLAZA GÓMEZ 241

49 ENFERMERÍA: EFECTOS DE LOS MEDICAMENTOS SOBRE LOS ALIMENTOS
BEATRIZ GALLEGO CEJUDO, MARIA DEL PILAR JUAREZ MERINO, JOSE VIGARA ALMANSA, SANDRA SÁNCHEZ VIUDAS Y ANA MARIA CAMARENA LILLO 247

**50 ENFERMERIA: QUÉ SON LAS MIGRAÑAS, CÓMO NOS AFECTAN EN NUESTRAS VIDAS**
BEATRIZ GALLEGO CEJUDO, MARIA DEL PILAR JUAREZ MERINO, JOSE VIGARA ALMANSA, SANDRA SÁNCHEZ VIUDAS Y ANA MARIA CAMARENA LILLO 253

**51 ANAFILAXIA. ACTUACIÓN DE ENFERMERÍA**
BEATRIZ GALLEGO CEJUDO, MARIA DEL PILAR JUAREZ MERINO, JOSE VIGARA ALMANSA, SANDRA SÁNCHEZ VIUDAS Y ANA MARIA CAMARENA LILLO 259

**52 SÍNDROME DE BURNOUT EN PROFESIONALES SANITARIOS EN RELACIÓN CON LA COVID-19**
RAQUEL GENOVÉS PICÓ, ÁNGEL ORTIZ FERNÁNDEZ, MARTA TOMÁS MUÑOZ Y VANESSA NAVARRO AGUILAR 263

**53 PAPEL DE ENFERMERÍA EN EL MAL AGUDO DE MONTAÑA (MAM)**
FRANCISCO LÓPEZ CAMACHO, TAMARA MERCEDES HERNÁNDEZ RAMÍREZ Y ADELA GILGADO DAVILA 269

**54 PLAN DE CUIDADOS: INTENTO AUTOLÍTICO EN PACIENTE ADOLESCENTE**
VICTAR ARCOS CIORRAGA, JOSE ESTEBAN ZAPATA LOPEZ, NATALIA DEL FRESNO LÓPEZ, M. DOLORES BAOS ARANDA Y NOELIA DELGADO ARROYO 273

**55 ENFERMERIA : INTOXICACIÓN POR ALCOHOL Y DERIVADOS, ANTIDEPRESIVOS TRICÍCLICOS Y POR SEDANTES E HIPNÓTICOS**
PARASCHIVA AMBROZE, MARIA JOSE FERNANDEZ RELUCIO, ANA CRISTINA SERRANO GUDE, PILAR ZAMORA ALCÁZAR Y CRISTINA OLMEDO PINTADO 279

**56 ENFERMERIA: PACIENTE CON NEUMONÍA BILATERAL POR COVID-19 A TRATAMIENTO CON ECMO**
PARASCHIVA AMBROZE, MARIA JOSE FERNANDEZ RELUCIO, ANA CRISTINA SERRANO GUDE, PILAR ZAMORA ALCÁZAR Y CRISTINA OLMEDO PINTADO 283

57 **ENFERMERIA: BALÓN DE CONTRAPULSACIÓN**
PARASCHIVA AMBROZE, MARIA JOSE FERNANDEZ RELUCIO, ANA CRISTINA SERRANO GUDE, PILAR ZAMORA ALCÁZAR Y CRISTINA OLMEDO PINTADO **287**

58 **EDUCACIÓN PARA LA SALUD A PROPÓSITO DE INTERVENCIÓN MEDIO AMBIENTAL CON ESCOLARES (6 A 12 AÑOS)**
VICTAR ARCOS CIORRAGA, JOSE ESTEBAN ZAPATA LOPEZ, NATALIA DEL FRESNO LÓPEZ, M. DOLORES BAOS ARANDA Y NOELIA DELGADO ARROYO **293**

59 **A PROPÓSITO DE UN CASO CLÍNICO: ESQUIZOFRENIA Y SÍNDROME DE DIÓGENES**
MARTA ALAMEDA BLANCO **297**

60 **ENFERMERIA TERAPIA AVANZADA EN EL TRATAMIENTO DE HERIDAS CRÓNICAS: EFECTIVIDAD DEL PLASMA RICO EN PLAQUETAS (PRP)**
MARTA GONZÁLEZ MOHÍNO SÁNCHEZ MONTAÑÉS, TRINIDAD JIMENEZ DE LOS GALANES SÁNCHEZ, RAQUEL LUNA PARRILLA, ELENA MALAGÓN SALCEDO Y SANDRA GONZALEZ PARIENTE MARTIN SERRANO **307**

61 **ENFERMERÍA EN EL POSTOPERATORIO DE LA PACIENTE MASTECTOMIZADA**
MARTA GONZÁLEZ MOHÍNO SÁNCHEZ MONTAÑÉS, TRINIDAD JIMENEZ DE LOS GALANES SÁNCHEZ, RAQUEL LUNA PARRILLA, ELENA MALAGÓN SALCEDO Y SANDRA GONZALEZ PARIENTE MARTIN SERRANO **311**

62 **SITUACIONES QUE GENERAN ESTRÉS A LOS ALUMNOS DE ENFERMERÍA DURANTE LAS PRÁCTICAS**
MARTA GONZÁLEZ MOHÍNO SÁNCHEZ MONTAÑÉS, TRINIDAD JIMENEZ DE LOS GALANES SÁNCHEZ, RAQUEL LUNA PARRILLA, ELENA MALAGÓN SALCEDO Y SANDRA GONZALEZ PARIENTE MARTIN SERRANO **315**

63 ENFERMERIA : ACIDOS GRASOS HIPEROXIGENADOS EN LA PREVENCION DE ÚLCERAS POR PRESIÓN (UPPS) EN CENTROS GERIÁTRICOS
BEATRIZ HUERTAS LÓPEZ, MARTA MONESCILLO CABALLERO, ADELA RUIZ MUÑOZ, ELENA MELERO MORENO Y RODRIGO MARTÍN DE LA SIERRA RUIZ DE PASCUAL 319

64 ENFERMERIA Y LA EFICACIA DE UN APÓSITO HIDROCOLOIDE FINO COMO PROTECCION DE LA PIEL PERILESIONAL
BEATRIZ HUERTAS LÓPEZ, MARTA MONESCILLO CABALLERO, ADELA RUIZ MUÑOZ, ELENA MELERO MORENO Y RODRIGO MARTÍN DE LA SIERRA RUIZ DE PASCUAL 323

65 LOS CUIDADOS QUE APORTA ENFERMERIA PARA EL PROBLEMA DE LA CISTITS EN PACIENTES
BEATRIZ HUERTAS LÓPEZ, MARTA MONESCILLO CABALLERO, ADELA RUIZ MUÑOZ, ELENA MELERO MORENO Y RODRIGO MARTÍN DE LA SIERRA RUIZ DE PASCUAL 327

66 ENFERMERÍA EN LA INCONTINENCIA URINARIA
ISMAEL RAMÍREZ LÓPEZ, MARIA JOSE CARABAÑO MARIBLANCA, ROCIO LOPEZ RODRIGUEZ, VIRGINIA PALACIN RUBIO Y RAQUEL GARCÍA 331

67 ENFERMERIA Y EL SISTEMA INMUNITARIO, ELEMENTOS QUE INTERVIENEN EN LAS REACCIONES INMUNOLÓGICAS
ISMAEL RAMÍREZ LÓPEZ, MARIA JOSE CARABAÑO MARIBLANCA, ROCIO LOPEZ RODRIGUEZ, VIRGINIA PALACIN RUBIO Y RAQUEL GARCÍA 335

68 EXPOSICIÓN DE ENFERMERÍA DE LAS MODIFICACIONES FISIOLÓGICAS, PSICOLÓGICAS Y SOCIALES A PARTIR DE LA JUBILACIÓN
ISMAEL RAMÍREZ LÓPEZ, MARIA JOSE CARABAÑO MARIBLANCA, ROCIO LOPEZ RODRIGUEZ, VIRGINIA PALACIN RUBIO Y RAQUEL GARCÍA 339

69 **FUNCIONES ENFERMERAS EN PREVENCIÓN Y TRATAMIENTO DE UN PACIENTE CON TRASTORNO DE DISFAGIA**
FRANCISCO LÓPEZ CAMACHO, TAMARA MERCEDES HERNÁNDEZ RAMÍREZ Y ADELA GILGADO DAVILA **345**

70 **CUIDADOS ENFERMEROS EN LA APARICIÓN DE HEMORROIDES Y LA IMPORTANCIA DE LA PREVENCIÓN**
ADELA GILGADO DAVILA, FRANCISCO LÓPEZ CAMACHO Y TAMARA MERCEDES HERNÁNDEZ RAMÍREZ **349**

71 **PAPEL DEL ENFERMERO EN EL USO DE FÁRMACOS CITOSTÁTICOS**
TAMARA MERCEDES HERNÁNDEZ RAMÍREZ, FRANCISCO LÓPEZ CAMACHO Y ADELA GILGADO DAVILA **353**

72 **CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN PACIENTES CON TRASTORNO LÍMITE DE LA PERSONALIDAD**
TAMARA MERCEDES HERNÁNDEZ RAMÍREZ, FRANCISCO LÓPEZ CAMACHO Y ADELA GILGADO DAVILA **357**

73 **LOS CUIDADOS DEL PIE DIABÉTICO QUE PROPORCIONA EL PERSONAL DE ENFERMERIA DE ATENCIÓN PRIMARIA.REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA.**
SHEILA DÍAZ MOLINA, ESTER MARIA RUBIO SANCHEZ, NOELIA GÓMEZ MUÑOZ, ROCÍO MONDÉJAR NAVARRO Y SARAY ESTRADA FERNÁNDEZ **361**

74 **EL TRIAJE. HERRAMIENTA UNICA DE ENFEMERÍA. REVISION BIBLIOGRAFICA**
NOELIA GÓMEZ MUÑOZ, SHEILA DÍAZ MOLINA, ROCÍO MONDÉJAR NAVARRO, ESTER MARIA RUBIO SANCHEZ Y MONICA ALONSO ALONSO **365**

75 **INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA EN PACIENTES CON ALZHEIMER. REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA.**
ROCÍO MONDÉJAR NAVARRO, NOELIA GÓMEZ MUÑOZ, ESTER MARIA RUBIO SANCHEZ, SHEILA DÍAZ MOLINA Y MONICA ALONSO ALONSO **369**

**76 RESILIENCIA EN LOS PROFESIONALES DE ENFERMERÍA**
SARA FERRERÍA IGLESIAS, CLARA FERNÁNDEZ GONZÁLEZ, MARIA DEL CARMEN BAÑÓN MARTÍN, LAURA LÓPEZ RAMÍREZ Y LAURA VIGIL GONZALEZ **373**

**77 LA IMPORTANCIA DEL LAVADO DE MANOS EN EL ÁMBITO SOCIAL Y SANITARIO PARA LA PREVENCION DE TRANSMISION DE ENFERMEDADES**
AMPARO GOMEZ CODINA, ISABEL MARÍA OSSORIO SIMARRO, VERONICA MARTINEZ FRESNEDA, DAVID GÓMEZ GUALDA Y CARMEN DIAZ TOBARUELA **377**

**78 ACTUALIZACIÓN DE CONOCIMIENTOS SOBRE LA LEY DE EUTANASIA Y ULTIMAS VOLUNTADES EN ESPAÑA**
LAURA GARCIA MARTINEZ Y ANA MARÍA ALVAREZ FUEYO **381**

**79 ACOMPAÑAMIENTO A PERSONAS MAYORES EN RIESGO DE EXCLUSIÓN SOCIAL**
VICTAR ARCOS CIORRAGA, JOSE ESTEBAN ZAPATA LOPEZ, NATALIA DEL FRESNO LÓPEZ, M. DOLORES BAOS ARANDA Y NOELIA DELGADO ARROYO **387**

**80 ANOMALÍAS CONGÉNITAS DEBIDO AL CONSUMO DE SUSTANCIAS EN EL EMBARAZO**
VERONICA MARTINEZ FRESNEDA, AMPARO GOMEZ CODINA, ISABEL MARÍA OSSORIO SIMARRO, DAVID GÓMEZ GUALDA Y CARMEN DIAZ TOBARUELA **391**

**81 FENÓMENO CHEMSEX**
SARA LEÓN PÉREZ Y JORGE JUBERA SÁENZ **399**

**82 LA OBESIDAD. PROBLEMA DE ACTUALIDAD**
DAVID GÓMEZ GUALDA, CARMEN DIAZ TOBARUELA, ISABEL MARÍA OSSORIO SIMARRO, VERONICA MARTINEZ FRESNEDA Y AMPARO GOMEZ CODINA **403**

**83 MEDIDAS NO FARMACOLÓGICAS APLICADAS PARA EL CONTROL DE COVID-19**
VICTAR ARCOS CIORRAGA, JOSE ESTEBAN ZAPATA LOPEZ, NATALIA DEL FRESNO LÓPEZ, M. DOLORES BAOS ARANDA Y NOELIA DELGADO ARROYO **409**

**84 ENFERMERIA: LIMITACIONES Y COMPLICACIONES GENERALES DE LOS VENDAJES EN ESTRUCTURAS OSTEOARTICULARES**
ONEIDA DE LA CRUZ JIMENEZ, ALEJANDRA ATIÉNZAR PÉREZ, BELÉN GONZÁLEZ CARO, CRISTINA GALLEGO TIRADO Y CELIA LEÓN OLMEDO **413**

**85 EDUCACIÓN NUTRICIONAL PROPORCIONADA POR EL PERSONAL DE ENFERMERÍA PARA EL FOMENTO DE UN DESAYUNO SALUDABLE EN EL COLEGIO**
ONEIDA DE LA CRUZ JIMENEZ, ALEJANDRA ATIÉNZAR PÉREZ, BELÉN GONZÁLEZ CARO, CRISTINA GALLEGO TIRADO Y CELIA LEÓN OLMEDO **423**

**86 FORMACIÓN Y CONOCIMIENTOS DE ENFERMERÍA SOBRE LOS COLGAJOS CUTANEOS**
ONEIDA DE LA CRUZ JIMENEZ, ALEJANDRA ATIÉNZAR PÉREZ, BELÉN GONZÁLEZ CARO, CRISTINA GALLEGO TIRADO Y CELIA LEÓN OLMEDO **435**

**87 DUE: PROTOCOLO DE ACTUACIÓN DE ENFERMERÍA ANTE UNA QUEMADURA POR CONGELACIÓN**
ALEJANDRO HERNANDEZ LLORENS **439**

**88 PRECARIEDAD LABORAL Y DÉFICIT DE SALUD EN JÓVENES**
VICTAR ARCOS CIORRAGA, JOSE ESTEBAN ZAPATA LOPEZ, NATALIA DEL FRESNO LÓPEZ, M. DOLORES BAOS ARANDA Y NOELIA DELGADO ARROYO **443**

**89 CAIDA CASUAL CON CONTUSIÓN LUMBAR**
CARMEN DÍAZ PALACIO **447**

**90 CONSECUENCIAS DEL TRABAJO A TURNOS EN EL PERSONAL SANITARIO**
ESTEFANIA GARCIA AVELLON, EVA MENÉNDEZ RODRÍGUEZ, ANA BELEN CRUZ CALLE, MARIA DEL PILAR GOMEZ MENENDEZ Y ANA LÓPEZ ARANGO **451**

**91 ACTUACIÓN DE ENFERMERÍA EN EL MANEJO DE LA OXIGENOTERAPIA DE ALTO FLUJO.REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA**
MONICA ALONSO ALONSO Y MARÍA NIETO DE LA TORRE **455**

**92 VIOLENCIA A DIRIGIDA AL PERSONAL DE ENFERMERÍA**
DAVID REDRUELLO RIVERO, MARÍA BELÉN MATANZA VALDÉS, LUCÍA SOTO DOMÍNGUEZ, MARÍA CACHERO MUÑIZ Y LAURA IÑIGO GARGANTIEL **461**

**93 ENFERMERIA: ASPIRACIÓN DE SECRECIONES RESPIRATORIAS**
JUAN PABLO BORRERO REBOLLO, DIANA OUVIÑA ACEVEDO Y MARTA GARCIA VAZQUEZ **467**

**94 AGRESIONES AL PERSONAL DE ENFERMERÍA**
ANDRES MARTINEZ SUAREZ Y LAURA IÑIGO GARGANTIEL **471**

**95 EL ENFERMERO Y LA TOMA DE CONSTANTES VITALES**
MARÍA BELÉN MATANZA VALDÉS, DAVID REDRUELLO RIVERO, LUCÍA SOTO DOMÍNGUEZ Y MARÍA CACHERO MUÑIZ **475**

**96 ENFERMERIA: EL PACIENTE OSTOMIZADO**
DIANA OUVIÑA ACEVEDO, JUAN PABLO BORRERO REBOLLO Y MARTA GARCIA VAZQUEZ **479**

**97 EL CONOCIMIENTO DE LA CONTENCION MECANICA**
VERONICA PRIETO SALAS **483**

**98 LA ENFERMERA EN LA UNIDAD DE QUIRÓFANO**
VERONICA PRIETO SALAS **487**

**99 OBESIDAD INFANTIL.**
ANA ISABEL PRENDES FERNÁNDEZ, MONICA ARDURA RODRIGUEZ, ESTHER GARCIA ALVAREZ, LETICIA SUÁREZ LEAL Y MARÍA GRANDA ÁLVAREZ **491**

100 EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN LA HIGIENE Y ASEO DEL PACIENTE: HIGIENE GENERAL DEL PACIENTE ENCAMADO
MARIA DE LAS MERCEDES MARTÍNEZ SÁNCHEZ, MARÍA DEL PILAR ROMERO GONZALEZ Y ALBA ARNÉS MUELA 495

101 EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN LOS CUIDADOS DEL PACIENTE CRÓNICO Y TERMINAL.
MARÍA DEL PILAR ROMERO GONZALEZ, ALBA ARNÉS MUELA Y MARIA DE LAS MERCEDES MARTÍNEZ SÁNCHEZ 501

102 EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA Y LOS SISTEMAS DE DRENAJES
ALBA ARNÉS MUELA, MARIA DE LAS MERCEDES MARTÍNEZ SÁNCHEZ Y MARÍA DEL PILAR ROMERO GONZALEZ 507

103 PASOS A SEGUIR EN LA COLOCACIÓN DE LA BATA ESTÉRIL POR EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA
NATIVIDAD GEMA PÉREZ FDEZ DE QUERO, JENNIFER EMILIANA DELGADO FLORES, CARMEN VAZQUEZ JIMENEZ, NICOLAS GARCIA QUILES Y GEMA HUERTAS MONREAL 513

104 DIFERENCIACIÓN DE PERSONAL ESTÉRIL Y NO ESTÉRIL EN EL QUIRÓFANO POR EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA
CARMEN VAZQUEZ JIMENEZ, JENNIFER EMILIANA DELGADO FLORES, NATIVIDAD GEMA PÉREZ FDEZ DE QUERO, NICOLAS GARCIA QUILES Y GEMA HUERTAS MONREAL 517

105 VÍA ORAL Y SUBLINGUAL EN LA ADMINISTRACIÓN DE LOS MEDICAMENTOS 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 521

106 LOS FAMILIARES Y EL PROCESO DEL DUELO: VISIÓN DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA
KATTY MARICELA REYES HEREDIA, JESSICA MATEOS DE ARRIBA GARCIA MIGUEL, SONIA SIERRA COLLAZOS, ESMERALDA LAJARA MERCHANTE Y MARGARITA VIGARA NUÑEZ 525

107 OXIGENOTERAPIA: EXPOSICIÓN Y CONOCIMIENTOS POR EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA
SONIA SIERRA COLLAZOS, JESSICA MATEOS DE ARRIBA GARCIA MIGUEL, KATTY MARICELA REYES HEREDIA, ESMERALDA LAJARA MERCHANTE Y MARGARITA VIGARA NUÑEZ 529

108 REPERCUSIONES DE LA HOSPITALIZACIÓN EN LA POBLACIÓN INFANTIL POR EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA
ESMERALDA LAJARA MERCHANTE, JESSICA MATEOS DE ARRIBA GARCIA MIGUEL, KATTY MARICELA REYES HEREDIA, SONIA SIERRA COLLAZOS Y MARGARITA VIGARA NUÑEZ 533

109 EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) Y FUNCIONES CON PACIENTES CON ALZHEIMER. MEJORA DE SU AUTONOMIA
MARIA DEL PILAR ARRIBAS MOLINERO, MARÍA DOLORES LOZANO GÓNZALEZ, MILAGROS LOZANO GONZALEZ, ANA MARÍA MORCILLO CASTAÑO Y MARIA TERESA CUESTA MIRALLES 537

110 FUNCIONES DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) EN EL SERVICIO DE URGENCIAS HOSPITALARIAS
MARIA DEL PILAR ARRIBAS MOLINERO, MARÍA DOLORES LOZANO GÓNZALEZ, MILAGROS LOZANO GONZALEZ, ANA MARÍA MORCILLO CASTAÑO Y MARIA TERESA CUESTA MIRALLES 543

111 FUNCIONES DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) EN LA UNIDAD DE QUIROFANO. IMPORTANCIA DE LA LIMPIEZA
MARIA DEL PILAR ARRIBAS MOLINERO, MARÍA DOLORES LOZANO GÓNZALEZ, MILAGROS LOZANO GONZALEZ, ANA MARÍA MORCILLO CASTAÑO Y MARIA TERESA CUESTA MIRALLES 549

112 GERIATRÍA Y LOS CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA
M ISABEL FERNANDEZ MARTINEZ, MARIA ADELINA ORTEGA LOPEZ, MARÍA ELENA NIELFA ROSILLO, LUCIA FERNANDEZ MARTINEZ Y M DEL ROSARIO GOMEZ GOMEZ 555

113 HOSPITALIZACIÓN Y CUIDADOS PALIATIVOS Y LOS TÉCNICOS EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE)
M ISABEL FERNANDEZ MARTINEZ, MARIA ADELINA ORTEGA LOPEZ, MARÍA ELENA NIELFA ROSILLO, LUCIA FERNANDEZ MARTINEZ Y M DEL ROSARIO GOMEZ GOMEZ 559

114 TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) Y EL SERVICIO DE NEONATOLOGIA
M ISABEL FERNANDEZ MARTINEZ, MARIA ADELINA ORTEGA LOPEZ, MARÍA ELENA NIELFA ROSILLO, LUCIA FERNANDEZ MARTINEZ Y M DEL ROSARIO GOMEZ GOMEZ 563

115 INTERVENCIONES Y CUIDADOS BASICOS DEL TCAE ANTE LA DECISION DE UNA PAREJA DE FECUNDACION IN VITRO
CRISTINA CASTRO GAVILAN, ADELA MARÍA ORTEGA FERNANDEZ, DOMINGA MARIA AGUILAR CAÑADAS, MIRIAN RODRIGUEZ CHINCHILLA Y INMACULADA BLANCO CORRALES 567

116 CONOCIMIENTOS Y CUIDADOS BASICOS DEL PACIENTE CON HALITOSIS POR EL TCAE
CRISTINA CASTRO GAVILAN, ADELA MARÍA ORTEGA FERNANDEZ, DOMINGA MARIA AGUILAR CAÑADAS, MIRIAN RODRIGUEZ CHINCHILLA Y INMACULADA BLANCO CORRALES 571

117 AFRONTAMIENTO DEL INSONMIO DE LOS PROFESIONALES DE LA SANIDAD: EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE)
CRISTINA CASTRO GAVILAN, ADELA MARÍA ORTEGA FERNANDEZ, DOMINGA MARIA AGUILAR CAÑADAS, MIRIAN RODRIGUEZ CHINCHILLA Y INMACULADA BLANCO CORRALES 575

118 CUERPOS EXTRAÑOS EN EL OÍDO Y FOSAS NASALES POR EL TÉCNICO EN CUIDADOS DE ENFERMERÍA
MANUELA GARCIA LUNA, FÁTIMA PÉREZ DURO, MARÍA DEL PILAR PONCE VILLALTA, ISABEL RAMÍREZ ORTIZ Y EVA MARIA GONZÁLEZ TOMÁS 579

119 TRAQUEOSTOMÍA EN NIÑOS Y CRICOTIROTOMÍA. DESCRIPCIÓN POR EL TÉCNICO EN CUIDADOS DE ENFERMERÍA
MANUELA GARCIA LUNA, FÁTIMA PÉREZ DURO, MARÍA DEL PILAR PONCE VILLALTA, ISABEL RAMÍREZ ORTIZ Y EVA MARIA GONZÁLEZ TOMÁS 583

120 DISFUNCIÓN SEXUAL DESCRITA POR UN TÉCNICO AUXILIAR EN CUIDADOS DE ENFERMERÍA
MANUELA GARCIA LUNA, FÁTIMA PÉREZ DURO, MARÍA DEL PILAR PONCE VILLALTA, ISABEL RAMÍREZ ORTIZ Y EVA MARIA GONZÁLEZ TOMÁS 587

121 LA ENFERMEDAD LLAMADA GONORREA
YAIZA GÓMEZ MARTIN 591

122 DIETAS DE ADICIONAMIENTO PARA DIABÉTICOS POR EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA
CRISTINA SALDAÑA ALVAREZ, LAURA DOMINGO RODRIGUEZ, ALMUDENA DÍAZ MARTIN, MARIA JOSE MARTINEZ MARTINEZ Y MARÍA ALARCOS LOPEZ-LUCENDO RODRIGUEZ-REY 595

123 BLOQUE Y ÁREA QUIRÚRGICA: COMPETENCIAS DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA
ALMUDENA DÍAZ MARTIN, LAURA DOMINGO RODRIGUEZ, CRISTINA SALDAÑA ALVAREZ, MARIA JOSE MARTINEZ MARTINEZ Y MARÍA ALARCOS LOPEZ-LUCENDO RODRIGUEZ-REY 599

124 DISNEA Y VIGILANCIA DE LA PIEL EN ENFERMOS DE CUIDADOS PALIATIVOS 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 605

125 FUNCIONES Y PAPEL DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) EN LA UNIDAD DE ICTUS
FRANCISCA CAMPOS MUÑOZ, GEMA TORIBIO VALIENTE, FRANCISCA NAHARRO SERRANO, ANTONIA PEINADO CASTILLO Y INMACULADA LOPEZ ORTEGA 609

126 LA ESTERILIZACIÓN: CONCEPTOS Y EMBALAJAES POR EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE)
FRANCISCA CAMPOS MUÑOZ, GEMA TORIBIO VALIENTE, FRANCISCA NAHARRO SERRANO, ANTONIA PEINADO CASTILLO Y INMACULADA LOPEZ ORTEGA 615

127 TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) Y LA IMPORTANCIA DEL AGUA EN EL ORGANISMO
FRANCISCA CAMPOS MUÑOZ, GEMA TORIBIO VALIENTE, FRANCISCA NAHARRO SERRANO, ANTONIA PEINADO CASTILLO Y INMACULADA LOPEZ ORTEGA 619

128 DIFERENTES TÉCNICAS DE ALIMENTACIÓN AL PACIENTE
MARÍA CAMPOS DIEGUEZ, ISAMAR BARBERO ARENAS Y INMACULADA VENTAS DIAZ 623

129 PROCEDIMIENTOS DIAGNOSTICOS
INMACULADA VENTAS DIAZ, ISAMAR BARBERO ARENAS Y MARÍA CAMPOS DIEGUEZ 629

130 PROCEDIMIENTO DE HIGIENE Y ASEO DEL PACIENTE ENCAMADO
ISAMAR BARBERO ARENAS, INMACULADA VENTAS DIAZ Y MARÍA CAMPOS DIEGUEZ 635

131 EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) Y LA ADMINISTRACION DE ENEMAS AL PACIENTE ENCAMADO
VIRGINIA NATIVIDAD CHAMBI LOPEZ, MARIA JOSE BAUSELA BLANCO, OLAYA OVIAÑO GONZÁLEZ, ALEXANDRA CRISTINA CAIZA CHICAIZA Y MONICA PARRES GONZALEZ 639

132 PACIENTES CON FRACTURA DE CADERA Y LA ACTUACION DEL TECNICO DE CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERIA
VANESSA GONZALEZ RODRIGUEZ, RAQUEL SANCHEZ VILLARDON, SORAYA RABASCO DIAZ CHIRON, MARIA JOSE GALLEGO REDONDO Y SILVIA DOMINGUEZ LÓPEZ 647

133 TECNICO DE CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERIA: URGENCIAS PEDIÁTRICAS
VANESSA GONZALEZ RODRIGUEZ, RAQUEL SANCHEZ VILLARDON, SORAYA RABASCO DIAZ CHIRON, MARIA JOSE GALLEGO REDONDO Y SILVIA DOMINGUEZ LÓPEZ 651

134 CUIDADOS INTENSIVOS HOSPITALARIOS Y EL TECNICO DE CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERIA
VANESSA GONZALEZ RODRIGUEZ, RAQUEL SANCHEZ VILLARDON, SORAYA RABASCO DIAZ CHIRON, MARIA JOSE GALLEGO REDONDO Y SILVIA DOMINGUEZ LÓPEZ 659

135 LA SEGURIDAD DEL PACIENTE PARA EVITAR LAS CAÍDAS DEL MISMO
CELIA DÍAZ SALAZAR GARCÍA RAYO, MARIA GEMA GARCIA CONSUEGRA GARZAS, MARIA DEL PILAR PÉREZ BURGOS, MARÍA DEL ROSARIO MARTÍN LOZANO Y MARIA DEL ROSARIO BURGOS BECERRA 665

136 LOS CUIDADOS DE LOS TÉCNICOS EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERIA EN LAS UNIDADES DE CIRUGÍA
CELIA DÍAZ SALAZAR GARCÍA RAYO, MARIA GEMA GARCIA CONSUEGRA GARZAS, MARIA DEL PILAR PÉREZ BURGOS, MARÍA DEL ROSARIO MARTÍN LOZANO Y MARIA DEL ROSARIO BURGOS BECERRA 669

137 LOS CUIDADOS DE LA BOCA EN UN PACIENTE INTUBADO INTRODUCCIÓN
CELIA DÍAZ SALAZAR GARCÍA RAYO, MARIA GEMA GARCIA CONSUEGRA GARZAS, MARIA DEL PILAR PÉREZ BURGOS, MARÍA DEL ROSARIO MARTÍN LOZANO Y MARIA DEL ROSARIO BURGOS BECERRA 673

138 EXPOSICIÓN DE LA FOTOTERAPIA POR EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA
DÉBORAH GÓMEZ DE LA CRUZ, NOELIA VICENTE PANTOJA, MARÍA ISABEL RUIZ DE LOS PAÑOS GARCÍA CALVO, ELSA SÁNCHEZ GARCÍA Y ALBA VIOLETA VICENTE PANTOJA 679

139 DESCRIPCIÓN DE LOS EJEMPLOS DE CAMAS EXISTENTES EN HOSPITALIZACIÓN POR EL 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 683

140 EL TÉCNICO DE CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN LA ATENCIÓN PRIMARIA
MARIA JOSE MURILLO FERNANDEZ30210335L, VERÓNICA VERGARA VERGARA, EVA TRUJILLO UTRILLA, LAURA GONZALEZ ABAD Y PILAR GALIANO PUERTAS 687

141 EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN GINECOLOGIA , OBSTETRICIA Y NEONATOS
MARIA JOSE MURILLO FERNANDEZ30210335L, VERÓNICA VERGARA VERGARA, EVA TRUJILLO UTRILLA, LAURA GONZALEZ ABAD Y PILAR GALIANO PUERTAS 691

142 EL TECNICO DE CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERIA Y LA NUTRICIÓN ENTERAL EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS (UCI)
MARIA JOSE MURILLO FERNANDEZ30210335L, VERÓNICA VERGARA VERGARA, EVA TRUJILLO UTRILLA, LAURA GONZALEZ ABAD Y PILAR GALIANO PUERTAS 695

143 LA INTERVENCIÓN DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) EN CUANTO A LOS TRASTORNOS ALIMENTICIOS
RAQUEL PORTAS RIOS 699

144 CUIDADOS BASICOS DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) ANTE LA EXTRACCION MANUAL DE UN FECALOMA
MERCEDES VIRTUDES VALERO ARROYO, ROSA LEÓN PALOMO, CARMEN CUBERO RUIZ-CALERO, DAVID CHICA CUÍN Y CARMEN MARIA PEREZ RUIZ 703

145 INTERVENCION DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) EN UNA SALA DE PARTOS DE UN HOSPITAL CONVENCIONAL
MERCEDES VIRTUDES VALERO ARROYO, DAVID CHICA CUÍN, ROSA LEÓN PALOMO, CARMEN CUBERO RUIZ-CALERO Y CARMEN MARIA PEREZ RUIZ 707

146 CONOCIMIENTOS DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) ANTE LOS SUCESOS CAUSANTES DE BAJA LABORAL DURANTE EL TRAYECTO DE TRABAJO IN ITENERE
MERCEDES VIRTUDES VALERO ARROYO, DAVID CHICA CUÍN, ROSA LEÓN PALOMO, CARMEN CUBERO RUIZ-CALERO Y CARMEN MARIA PEREZ RUIZ 711

147 TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA CONSECUENCIAS Y MEDIDAS A TOMAR EN EL SÍNDROME DE BURNOUT
MARÍA ISABEL RUIZ DE LOS PAÑOS GARCÍA CALVO, NOELIA VICENTE PANTOJA, DÉBORAH GÓMEZ DE LA CRUZ, ELSA SÁNCHEZ GARCÍA Y ALBA VIOLETA VICENTE PANTOJA 715

148 LA ACTUACIÓN DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) EN PACIENTES CON SONDAJE VESICAL.REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA
LUISA RUS SUAREZ, MARIA SANDRA MARTINEZ VILLARES, CRISTINA CUERVO ALMEDINA, MARIA ANGELES RICO GONZALEZ Y CRISTINA SÁNCHEZ GONZÁLEZ 719

149 ACTUACIÓN DEL TCAE EN PACIENTES CON SÍNDROME DEPRESIVO
MARIA SANDRA MARTINEZ VILLARES, LUISA RUS SUAREZ, CRISTINA CUERVO ALMEDINA Y EDWIN RONALD ANGELES ESPINOZA 723

150 TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE): ALIMENTACIÓN, HIGIENE Y EJERCICIO DE LA MUJER GESTANTE
ESTHER AMADO SANTAMARINA Y ANGELES PENA LLANES 727

151 ACTUACIÓN DEL PERSONAL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) ANTE QUEMADURAS EN INFANTILES. REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA
CRISTINA CUERVO ALMEDINA, LUISA RUS SUAREZ, MARIA SANDRA MARTINEZ VILLARES Y EDWIN RONALD ANGELES ESPINOZA 731

152 EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE). PRECAUCIONES EN CUANTO AL AISLAMIENTO DE CONTACTO. REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA
MARTA BUENO GONZÁLEZ, GLORIA RODRÍGUEZ BARBA, EVA CÁMARA MENGUEZ Y EDWIN RONALD ANGELES ESPINOZA 735

153 ACTUACIÓN DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) EN LA UNIDAD DE ESTERILIZACIÓN. MATERIAL DE GINECOLOGÍA. REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA
GLORIA RODRÍGUEZ BARBA, MARTA BUENO GONZÁLEZ Y EVA CÁMARA MENGUEZ 739

154 ACTUACIÓN DEL TCAE EN UN PARTO. REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA
EVA CÁMARA MENGUEZ, MARTA BUENO GONZÁLEZ Y GLORIA RODRÍGUEZ BARBA 743

155 EL TRASTORNO DENOMINADO LA ENDOMETRIOSIS
PAULA CRISTINA RODRÍGUEZ CAMPOS 747

**156 EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA Y LA RECOGIDA DE MUESTRAS**
CAROLINA SUÁREZ BLANCO, ALEJANDRA GARCÍA ANTÓN, ASUR ARCA ÁLVAREZ, ALMUDENA MATÍNEZ MORATINOS Y VIOLETA SOMOANO ALADRO **751**

**157 DEPRESION EN LA TERCERA EDAD**
JEZABEL MENDEZ SOTORRIO **755**

**158 EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) Y LA MEDIDA DE LA TENSIÓN ARTERIAL EN EL SERVICIO DE URGENCIAS**
LAURA MARIA ARIAS SUAREZ **759**

**159 FISIOTERAPIA Y LA FRACTURA DE DIÁFISIS FEMORAL**
MARTA MIJANCOS VILLANUEVA, SARA GARCIA MARTINEZ, MARIA MADRIGAL CANO, MÓNICA LIZCANO JIMÉNEZ Y MARIA RUIZ ALBACETE **765**

**160 TRATAMIENTO FISIOTERAPÉUTICO EN MENISCOPATÍA**
MARTA MIJANCOS VILLANUEVA, SARA GARCIA MARTINEZ, MARIA MADRIGAL CANO, MÓNICA LIZCANO JIMÉNEZ Y MARIA RUIZ ALBACETE **769**

**161 ISIOTERAPÉUTICO EN FRACTURA PROXIMAL DE HÚMERO**
MARTA MIJANCOS VILLANUEVA, SARA GARCIA MARTINEZ, MARIA MADRIGAL CANO, MÓNICA LIZCANO JIMÉNEZ Y MARIA RUIZ ALBACETE **775**

**162 FISIOTERAPIA: MANEJO DE LA PRONACIÓN DOLOROSA**
FELIPE MERCADO RAMÍREZ, CLAUDIA GARCIA MERA, MARIA GEMA GALINDO TERCERO, LAURA VERGARA SAEZ Y MAR GALINDO MARTINEZ **779**

**163 FISIOTERAPIA: ROTURA PARCIAL DE LIGAMENTO CRUZADO ANTERIOR**
FELIPE MERCADO RAMÍREZ, CLAUDIA GARCIA MERA, MARIA GEMA GALINDO TERCERO, LAURA VERGARA SAEZ Y MAR GALINDO MARTINEZ **783**

**164 FISIOTERAPEUTAS Y LA LUMBALGIA AGUDA RECIDIVANTE**
FELIPE MERCADO RAMÍREZ, CLAUDIA GARCIA MERA, MARIA GEMA GALINDO TERCERO, LAURA VERGARA SAEZ Y MAR GALINDO MARTINEZ **787**

**165 ESTUDIO DEL COLÓN POR ENEMA OPACO**
ROSARIO RODRIGUEZ DIAZ, RAFAEL CABAÑAS ESTÉVEZ Y RAÚL MORENO MARTÍN **791**

**166 DENSIOMETRÍA ÓSEA. EVALUACIÓN Y RESULTADOS**
RAFAEL CABAÑAS ESTÉVEZ, ROSARIO RODRIGUEZ DIAZ Y RAÚL MORENO MARTÍN **795**

**167 LA FLUOROSCOPIA EN LA ADMINISTRACIÓN A PACIENTES**
RAFAEL CABAÑAS ESTÉVEZ, ROSARIO RODRIGUEZ DIAZ Y RAÚL MORENO MARTÍN **799**

**168 COMO LA HIGIENE DE MANOS DEL TÉCNICO ESPECIALISTA EN RADIODIAGNÓSTICO SALVAVIDAS**
JOSÉ ENRIQUE VERDÚ CHUMILLAS, MELISA DEL HORNO DÍAZ, BEATRIZ DEL PINO FERNÁNDEZ, MARIA PILAR SANCHEZ FABRA Y MARIA INMACULADA LOSA MARÍN **803**

**169 GESTIÓN DE RESIDUOS RADIACTIVOS EN MEDICINA NUCLEAR. CLASIFICACIÓN, ALMACENAMIENTO Y EVACUACIÓN**
ANA PILAR OCAMPOS ALVAREZ **807**

**170 SÍNDROME DE BURNOUT EN EL TÉCNICO EN IMAGEN PARA EL DIAGNÓSTICO**
JOSÉ ENRIQUE VERDÚ CHUMILLAS, MELISA DEL HORNO DÍAZ, BEATRIZ DEL PINO FERNÁNDEZ, MARIA PILAR SANCHEZ FABRA Y MARIA INMACULADA LOSA MARÍN **811**

**171 SISTEMA BI-RADS SEGÚN EL TÉCNICO EN IMAGEN PARA EL DIAGNÓSTICO**
JOSÉ ENRIQUE VERDÚ CHUMILLAS, MELISA DEL HORNO DÍAZ, BEATRIZ DEL PINO FERNÁNDEZ, MARIA PILAR SANCHEZ FABRA Y MARIA INMACULADA LOSA MARÍN **815**

172 ANALISIS DEL LIQUIDO AMNIÓTICO Y LA AMNIOCENTESIS EN EL LABORATORIO
CELIA FERNÁNDEZ VILLA 819

173 SULFATO DE BARIO EN RADIODIAGNÓSTICO
ROSA MARÍA MARTÍNEZ VALERO, FRANCISCO JOSÉ LARROSA ALCARAZ, ANTONIO FERNÁNDEZ SÁNCHEZ, LUCÍA FERRE ALCARAZ Y SONIA LAGUNA PEREZ 823

174 LA ORTOPANTOMOGRAFIA
FRANCISCO JOSÉ LARROSA ALCARAZ, ROSA MARÍA MARTÍNEZ VALERO, ANTONIO FERNÁNDEZ SÁNCHEZ, SONIA LAGUNA PEREZ Y LUCÍA FERRE ALCARAZ 827

175 SARCOMA DE CELULAS FUSIFORMES: LEIOMIOSARCOMA
SARA SÁNCHEZ DEL VALLE 831

176 EL TÉCNICO DE RADIODIAGNÓSTICO SOBRE LA TOMOGRAFÍA COMPUTARIZADA Y LOS TIPOS DE CONSTRASTE. REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA
MARÍA NIEVES GONZÁLEZ MARTÍNEZ 835

177 PAPEL DEL TÉCNICO EN RADIODIAGNÓSTICO PARA TRATAR LA MIOCARDIOPATÍA DILATADA EN PACIENTES ONCOLÓGICOS POR RADIACIÓN. REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA
LAURA GARCIA GONZALEZ Y MARÍA NIEVES GONZÁLEZ MARTÍNEZ 839

178 MOBBING Ó ACOSO LABORAL EN EL ENTORNO SANITARIO, DIRIGIDO A PERSONAL NO SANITARIO DE INSTITUCIONES SANITARIAS
BELÉN GARCÍA PARRONDO 845

179 CÓDIGO DEONTOLÓGICO DE TRABAJO SOCIAL EN SANIDAD: RELACIÓN CON OTROS PROFESIONALES SANITARIOS
MARIA LUISA RIESCO FERNANDEZ 849

180 INTERVENCIÓN DEL MALTRATO A MAYORES DESDE UNIDADES DE TRABAJO SOCIAL SANITARIAS
MARIA LUISA RIESCO FERNANDEZ 853

**181 CLASIFICACIÓN DE RESIDUOS SANITARIOS**
DAVID FONDON GONZALEZ **857**

**182 LA IMPORTANCIA DE LAS VACUNAS**
MARIA ELENA BARAGAÑO GARCIA **861**

**183 CARENCIA DE LA VITAMINA C**
MARIA ELENA BARAGAÑO GARCIA **865**

**184 SATISFACIÓN LABORAL DEL CELADOR**
JOSE ANTONIO FERNANDEZ RODRIGUEZ Y JAVIER REDONDO VALBUENA **869**

**185 EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN CENTROS SANITARIOS Y LA PROTECCIÓN DE DATOS**
JAVIER REDONDO VALBUENA Y JOSE ANTONIO FERNANDEZ RODRIGUEZ **873**

**186 REANIMACIÓN CARDIOPULMONAR BÁSICA PARA CELADORES**
FLAVIO COSÍO MORENO, THAMARA LARA DEL AMO, SANDRA INMACULADA RODRÍGUEZ LÓPEZ, MARÍA SOL GARCIA MASELI Y CRISTINA TRIVIÑO DE LA CONCEPCION **877**

**187 LA UNIDAD DE FARMACIA DE LOS CENTROS HOSPITALARIOS Y LAS FUNCIONES DEL CELADOR**
FLAVIO COSÍO MORENO, THAMARA LARA DEL AMO, SANDRA INMACULADA RODRÍGUEZ LÓPEZ, MARÍA SOL GARCIA MASELI Y CRISTINA TRIVIÑO DE LA CONCEPCION **881**

**188 EL CELADOR EN LAS PRONACIONES EN UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS (UCI) POR COVID-19**
FLAVIO COSÍO MORENO, THAMARA LARA DEL AMO, SANDRA INMACULADA RODRÍGUEZ LÓPEZ, MARÍA SOL GARCIA MASELI Y CRISTINA TRIVIÑO DE LA CONCEPCION **885**

189 LA ADAPTACIÓN DEL TRABAJO SOCIAL EN TIEMPOS DE PANDEMIA. LA INTERVENCIÓN DEL TRABAJADOR SOCIAL EN CASOS DE COLECTIVOS VULNERABLES
MYRIAM JEANNETH PAUCAR PAUCAR, PIEDAD YOLANDA PAUCAR PAUCAR, JUAN PÉREZ PALACIOS Y MARIA ESTELA LA PARRA SALCEDO 891

190 EL CELADOR Y LOS CAMBIOS POSTURALES
JOSE LUIS FERNÁNDEZ SÁNCHEZ, VERONICA HINAREJOS DIAZ, DIEGO ZORNOZA GOMEZ, BÁRBARA BERNARDO SÁNCHEZ Y IVÁN CALLEJO JIMÉNEZ 895

191 EL CELADOR Y SUS FUNCIONES EN EL SERVICIO DE URGENCIAS
JOSE LUIS FERNÁNDEZ SÁNCHEZ, VERONICA HINAREJOS DIAZ, DIEGO ZORNOZA GOMEZ, BÁRBARA BERNARDO SÁNCHEZ Y IVÁN CALLEJO JIMÉNEZ 901

192 ELCELADOR EN REPROGRAFIA: ENVIOS Y SERVICIOS POSTALES
JOSE LUIS FERNÁNDEZ SÁNCHEZ, VERONICA HINAREJOS DIAZ, DIEGO ZORNOZA GOMEZ, BÁRBARA BERNARDO SÁNCHEZ Y IVÁN CALLEJO JIMÉNEZ 907

193 MANEJO DE MERCANCIAS PESADAS POR PARTE DEL PINCHE DE COCINA EN LA COCINA HOSPITALARIA. RIESGOS Y SU PREVENCION
MARIA LOZANO ALFARO, EMILIO CASTILLO LOZANO Y EMILIO CASTILLO ROSA 913

194 PRINCIPIOS DE LA COCINA CENTRALIZADA. PINCHE DE COCINA Y LA DEFINICION DE MARCHA ADELANTE
EMILIO CASTILLO ROSA, EMILIO CASTILLO LOZANO Y MARIA LOZANO ALFARO 919

195 ROL DE PINCHE EN LA PREVENCION DE LA CONTAMINACION DE ALIMENTOS
EMILIO CASTILLO ROSA, EMILIO CASTILLO LOZANO Y MARIA LOZANO ALFARO 925

196 TRASPASO DEL PACIENTE DE CAMA A CAMILLA CON LA TABLA DE TRANSFERENCIA
ROBERTO MÉNDEZ ALVAREZ, EUSEBIO JESUS NUÑEZ IBAÑEZ, JAIONE HERNÁNDEZ DÍEZ Y EVA MARÍA VAREA QUINTANA 931

197 PERSONAL ADMINISTRATIVO Y SÍNDROME DE BURNOUT
BEATRIZ HERNÁNDEZ ÁLVAREZ 935

198 PREVENCIÓN DE RIESGOS LABORALES DEL PERSONAL ADMINISTRATIVO EN OFICINAS Y DESPACHOS
BEATRIZ HERNÁNDEZ ÁLVAREZ 941

199 LA SALUD PSICOSOCIAL DE LAS PERSONAS VULNERABLES EN PANDEMIA. LA INTERVENCIÓN DEL TRABAJADOR SOCIAL A NIVEL INDIVIDUAL EN EL ASPECTO PSICOSOCIAL
MYRIAM JEANNETH PAUCAR PAUCAR, PIEDAD YOLANDA PAUCAR PAUCAR, JUAN PÉREZ PALACIOS Y MARIA ESTELA LA PARRA SALCEDO 947

200 EL TELEFONISTA , RIESGOS LABORALES DETERMINADOS Y MEDIDAS DE PROTECCIÓN
MARIA CARMEN ALFARO LÓPEZ, RUFINA MATOQUE CERRO, MARIA JESÚS MARTÍNEZ CASTAÑO, GEMA BUITRAGO BUITRAGO Y ANA ISABEL DEL SOTO RUIZ 951

201 ESTUDIO DE LA FIBROMIALGIA POR EL TERAPEUTA OCUPACIONAL
MARIA ELENA LETAMENDÍA PASCUAL, ANA ISABEL BARCO CASASOLA, NURIA CORROCHANO TEJADO, GLORIA GUIRAO BELASTEGUI Y MIRIAM LÓPEZ SÁNCHEZ 955

202 TERAPIA OCUPACIONAL EN EL TRASTORNO DEL ESPECTRO AUTISTA
NURIA CORROCHANO TEJADO, ANA ISABEL BARCO CASASOLA, MARIA ELENA LETAMENDÍA PASCUAL, GLORIA GUIRAO BELASTEGUI Y MIRIAM LÓPEZ SÁNCHEZ 959

203 ACTUACIÓN EN PENITENCIARIAS DEL TERAPEUTA OCUPACIONAL
GLORIA GUIRAO BELASTEGUI, ANA ISABEL BARCO CASASOLA, MARIA ELENA LETAMENDÍA PASCUAL, NURIA CORROCHANO TEJADO Y MIRIAM LÓPEZ SÁNCHEZ 965

204 EL TELEFONISTA EN LA COMUNICACION: TECNICAS Y FUNCIONALIDADES
MARIA CARMEN ALFARO LÓPEZ, RUFINA MATOQUE CERRO, MARIA JESÚS MARTÍNEZ CASTAÑO, GEMA BUITRAGO BUITRAGO Y ANA ISABEL DEL SOTO RUIZ 971

205 EL TELEFONISTA Y LOS SISTEMAS DE SEGURIDAD EN LAS CENTRALITAS
MARIA CARMEN ALFARO LÓPEZ, RUFINA MATOQUE CERRO, MARIA JESÚS MARTÍNEZ CASTAÑO, GEMA BUITRAGO BUITRAGO Y ANA ISABEL DEL SOTO RUIZ 975

206 RIESGOS LABORALES EN EL TRABAJO DE LAVANDERO/A Y PLANCHADOR/A
ROSA ABEL PARAJÓN CANGA, MARIA MERCEDES FRAGA BARROSO Y ANA MARÍA MÉNDEZ QUINTANA 979

207 SALA DE AUTOPSIAS. PAPEL DEL CELADOR EN LA SALA DE AUTOPSIAS
MARINA MORALES LOZANO 985

208 EL PERSONAL NO SANITARIO Y EL SINDROME DE BURN-OUT
MARIA MERCEDES FRAGA BARROSO, ANA MARÍA MÉNDEZ QUINTANA Y ROSA ABEL PARAJÓN CANGA 989

209 EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO Y LA PANDEMIA
ISMAEL CARRETERO AMORES, ESTHER AMORES BERMEJO, MARIA DE LAS CRUCES CHAVES MONTES, PILAR MARÍA SERRANO GUDE Y ALICIA CARRETERO AMORES 993

**210 LA FATIGA VISUAL DERIVADA DEL USO DEL ORDENADOR EN EL PERSONAL AUXILIARES ADMINISTRATIVOS**
ISMAEL CARRETERO AMORES, ESTHER AMORES BERMEJO, MARIA DE LAS CRUCES CHAVES MONTES, PILAR MARÍA SERRANO GUDE Y ALICIA CARRETERO AMORES **999**

**211 HIGIENE POSTURAL DEL PERSONAL AUXILIAR ADMINISTRATIVO**
ISMAEL CARRETERO AMORES, ESTHER AMORES BERMEJO, MARIA DE LAS CRUCES CHAVES MONTES, PILAR MARÍA SERRANO GUDE Y ALICIA CARRETERO AMORES **1003**

**212 EL CELADOR EN SU TRATO CON EL PACIENTE Y FAMILIARES**
JORGE SANCHEZ GUTIERREZ, TOMÁS FERNÁNDEZ MUÑOZ, FRANCISCA LEMUS MORENO, SANDALIO SOLER DOCON Y MARIA DEL CARMEN LOPEZ-ANTONA MOLERO **1007**

**213 EL CELADOR EN LAS DISTINTAS UNIDADES DE PSIQUIATRIA**
JORGE SANCHEZ GUTIERREZ, TOMÁS FERNÁNDEZ MUÑOZ, FRANCISCA LEMUS MORENO, SANDALIO SOLER DOCON Y MARIA DEL CARMEN LOPEZ-ANTONA MOLERO **1013**

**214 EL CELADOR EN LOS DISTINTOS SERVICIOS DEL ÁREA DE URGENCIAS DENTRO DE UN HOSPITAL**
JORGE SANCHEZ GUTIERREZ, TOMÁS FERNÁNDEZ MUÑOZ, FRANCISCA LEMUS MORENO, SANDALIO SOLER DOCON Y MARIA DEL CARMEN LOPEZ-ANTONA MOLERO **1019**

**215 EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN RELACION CON LA EMPATÍA Y LA ASERTIVIDAD**
RICARDO AGUIRRE GONZÁLEZ, MARIA JOSE VIZCAINO GONZALEZ Y VERONICA LARIA GIL **1023**

**216 EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO Y LOS RIESGOS ERGONÓMICOS A LOS QUE ESTÁ EXPUESTO: REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA**
CAROLINA VIEJO SUÁREZ Y MARIA JOSE VIZCAINO GONZALEZ **1027**

217 EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO Y LAS FUNCIONES QUE DESEMPEÑA EN URGENCIAS DE UN CENTRO HOSPITALARIO: REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA
OLAYA RUBIO VILCHEZ Y MARIA JOSE VIZCAINO GONZALEZ 1031

218 AUXILIAR ADMINISTRATIVO, PREVENCIÓN FRENTE AL COVID-19 EN EL ÁMBITO SANITARIO
JOSEFA SEGOVIA HARO, ISABEL VILLOTE PEREZ, CARMEN LÓPEZ LÓPEZ Y MARIA DEL CARMEN ARRIBAS CAMARGO 1035

219 IMPORTANCIA DEL LAVADO DE MANOS EN EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO
JOSEFA SEGOVIA HARO, ISABEL VILLOTE PEREZ, CARMEN LÓPEZ LÓPEZ, MARIA DEL CARMEN ARRIBAS CAMARGO Y ISABEL DEL POZO CABALLERO 1039

220 ASTENOPÍA EN EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO DE LOS SERVICIOS DE SALUD
JOSEFA SEGOVIA HARO, ISABEL VILLOTE PEREZ, CARMEN LÓPEZ LÓPEZ, MARIA DEL CARMEN ARRIBAS CAMARGO Y ISABEL DEL POZO CABALLERO 1045

221 LAS CONSECUENCIAS DE LA PANDEMIA EN LA CONSULTA DEL TRABAJADOR SOCIAL EN ATENCION PRIMARIA
MARIA ESTELA LA PARRA SALCEDO, PIEDAD YOLANDA PAUCAR PAUCAR, MYRIAM JEANNETH PAUCAR PAUCAR Y JUAN PÉREZ PALACIOS 1051

222 LA LEY DE PROTECCIÓN DE DATOS EN EL ÁMBITO HOSPITALARIO
SERGIO SOLIS GIL 1055

223 LA VIOLENCIA DEL USUARIO HACIA EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN EL ÁMBITO SANITARIO
VICENTE JIMÉNEZ MONTALVO Y VANESA BARAHONA SÁNCHEZ DE LEÓN 1059

224 ANÁLISIS DEL TRABAJO EN EQUIPO ENTRE MÉDICOS, ENFERMERAS Y TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE)
BELÉN GARCÍA ARIAS, MARTA ARIAS DÍAZ, CRISTINA MARTÍNEZ GUTIÉRREZ Y ROCÍO MARTÍNEZ GUTIÉRREZ 1063

225 CONTROL DE CALIDAD EN LOS CENTROS SANITARIOS
NATALIA GARCIA ANTUÑA 1067

226 TENDINITIS EN LOS AUXILIARES ADMINISTRATIVOS
JAVIER REDONDO VALBUENA Y JOSE ANTONIO FERNANDEZ RODRIGUEZ 1071

227 EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN INSTITUCIONES PENITENCIARIAS
MÓNICA RUIZ PAJARES 1075

228 LOS RIESGOS LABORALES PARA EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO
MARIA PILAR SANCHEZ FABRA, MARIA INMACULADA LOSA MARÍN Y BEATRIZ DEL PINO FERNÁNDEZ 1079

229 CONCILIACION FAMILIAR DENTRO DEL AMBITO LABORAL SANITARIO
SARAI HERNÁNDEZ SALGUERO 1083

230 AGRESIONES AL PERSONAL ADMINISTRATIVO DE UN CENTRO SANITARIO
MARIA MONICA SANCHEZ MARTINEZ, AIDA CUEVA HEVIA, MARÍA DEL CARMEN GANSO SUÁREZ, MARÍA DOLORES MARTÍNEZ GONZÁLEZ Y ISABEL PEREGRINA MARQUEZ 1089

231 INTERVENCIÓN DEL CELADOR EN CUANTO AL PACIENTE AGITADO.REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA
MARIA JOSE VIZCAINO GONZALEZ, JOSE ANGEL GARCIA SERRANO, LAURA RUIZ GÓMEZ, EVA MARIA SÁNCHEZ CASTRO Y GEMA URDIALES FERNÁNDEZ 1093

232 EL CELADOR EN RELACION CON EL PACIENTE PSIQUITRICO. REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA.
JOSE ANGEL GARCIA SERRANO, MARIA JOSE VIZCAINO GONZALEZ, ALEJANDRO GARCÍA BERNET, LAURA RUIZ GÓMEZ Y EVA MARIA SÁNCHEZ CASTRO 1097

233 LA ACTUACIÓN DEL PERSONAL DE CELADOR EN LA UNIDAD DE PSIQUIATRÍA. REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA.
FRANCISCO FRAILE GIL, MONTSERRAT FELIPE AUÑON Y MARIA SANCHEZ CAMARA 1101

234 LA COMUNICACIÓN Y EL CELADOR
FRANCISCO FRAILE GIL, MONTSERRAT FELIPE AUÑON Y MARIA SANCHEZ CAMARA 1105

235 ACTUACIÓN DEL CELADOR EN RADIOLOGÍA. REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA.
LAURA RUIZ GÓMEZ, MARIA JOSE VIZCAINO GONZALEZ, JOSE ANGEL GARCIA SERRANO Y EVA MARIA SÁNCHEZ CASTRO 1111

236 ACTUACIÓN DEL CELADOR EN EL SERVICIO DE REPROGRAFÍA. REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA
MONTSERRAT FELIPE AUÑON, FRANCISCO FRAILE GIL Y MARIA SANCHEZ CAMARA 1115

237 EL CELADOR. TÉCNICAS DE MOVILIZACIÓN Y TRANSFERENCIA DE PACIENTES. REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA.
MARIA SANCHEZ CAMARA, FRANCISCO FRAILE GIL Y MONTSERRAT FELIPE AUÑON 1119

238 FASES DEL MÉTODO EN EL TRABAJO SOCIAL SANITARIO.
GEMMA ALONSO COMBARRO 1123

239 LOS PRINCIPIOS BIOÉTICOS EN EL ENTORNO SANITARIO.
GEMMA ALONSO COMBARRO 1127

240 PAPEL DEL PERSONAL DE COCINA EN EL ÁMBITO HOSPITALARIO. REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA.
LORENA FERNÁNDEZ CASTAÑON, MARIA BEGOÑA SIERRA GARCIA Y TAMARA IGLESIAS RODRIGUEZ 1131

241 OSTEOPOROSIS Y SU TRATAMIENTO DESDE LA FARMACIA.
AMELIA AGUARON LANGARITA 1135

# Capítulo 1

# PLAN DE MEJORA SOBRE PREVENCIÓN DE ÚLCERAS POR PRESIÓN

RAQUEL RINCON BURGUI

## 1 Introducción

Las ulceras por presión son lesiones que afectan a la integridad cutánea y que además pueden afectar y necrosar aquellas zonas de la epidermis, dermis, tejido subcutáneo y músculo donde se asientan, incluso pudiendo llegar a afectar articulación y hueso.
La principal causa de su formación es la presión ejercida y mantenida entre dos planos duros y la tolerancia de los tejidos a ésta. Por un lado tenemos el plano duro esquelético y el otro plano duro generalmente está representado por la cama, silla, calzado u otros objetos.
Según el grado de evolución se clasifican en estadios según las estructuras afectas de los tejidos. Según que bibliografía y según recomienda el Grupo Nacional para el Estudio y Asesoramiento en Úlceras por Presión y Heridas Crónicas (GNEAUPP) encontramos 4 estadíos.
1. Alteración observable en la piel integra, relacionada con la presión, que se manifiesta por una zona eritematosa que no es capaz de recuperar su coloración habitual en treinta minutos. La epidermis y dermis están afectadas pero no destruidas.
2. Úlcera superficial que presenta erosiones o ampollas con desprendimiento de la piel. Pérdida de continuidad de la piel únicamente a nivel de la epidermis y dermis parcial o totalmente destruidas. Afectación de la capa subcutánea.

3. Úlcera ligeramente profunda con bordes más evidentes que presenta destrucción de la capa subcutánea. Afectación del tejido muscular. Puede existir necrosis y/o exudación.
4. Úlcera en forma de cráter profundo, que puede presentar cavernas, fístulas o trayectos sinuosos con destrucción muscular, hasta la estructura ósea o de sostén (tendón, cápsula articular, etc.). Exudado abundante y necrosis tisular.
La localización más frecuentes de las UPP es en decúbito supino, occipital, omoplatos, codos, sacro y talones. En decúbito lateral, acromion, oreja, costillas, trocánter, acromion y maléolos y en decúbito prono, mejillas, acromion, mamas en mujeres, órganos genitales en hombres, rodillas y dedos.
En España hay entre 60.000 y 90.000 afectados tanto en el ámbito domiciliario, como en el hospitalario y sociosanitario. Un 85 % de ellos es mayor de 65 años.
Este problema provoca grandes repercusiones a:
- Paciente: disminución de calidad de vida.
- Entorno familiar: se ve alterado.
- Sistema sanitario: alto consumo de recursos.

95 % son evitables (Hibbs, 1987 y Waterlow, 1996).
Número de UPP: indicador de calidad ligado a la práctica médica, factores intrínsecos y cuidados de enfermería.
Su prevención está en manos de los profesionales.

## 2 Objetivos

Ofrecer un plan de mejora de los conocimientos y formación para evitar la aparición de las úlceras por presión.

## 3 Metodología

Se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. La búsqueda de investigación original se realizó mediante estrategias específicas en Medline (1966-2022) y para intervenciones también en la biblioteca Cochrane 2022; así como una búsqueda manual a partir de los estudios y las GPC encontrados.
En relación a la clínica existen distintas clasificaciones pero se expone la clasificación del Grupo Nacional para el Estudio y Asesoramiento en Úlceras por Presión y Heridas Crónicas (GNEAUPP).

# 4 Resultados

Tras la revisión de la bibliografía todos los estudios recomiendan que para prevenir las UPP se deben de llevar a cabo una serie de ítems, entre los que destacamos.
La necesidad de escucharla percepción de cada uno de los colectivos profesionales que intervienen en el cuidado del paciente a través un miembro referente.
La necesidad de formación durante un periodo de tiempo mediante: seminarios conjuntos a todos los trabajadores, seminarios específicos para cada grupo de profesionales, seminarios teóricos y prácticos impartidos por médicos del centro y por profesionales especializados en las diferentes áreas, externos al centro.
La realización de seminarios con una duración de 2 horas aproximadamente, de los que se realice una evaluación y ofrezcan una acreditación.

Fomentar la formación de los gerocultores en aspectos relacionados con:
La higiene:
Los cuidados de la piel.
La importancia de una adecuada ingesta de nutrientes, haciendo hincapié en las proteínas.
La importancia de cambios posturales rutinarios o según necesidades del paciente.
El uso de dispositivos de prevención, ayudando de esta forma que se enlentezca la aparición de la úlcera.

Formación de las enfermeras.
Ayudándoles a utilizar las escalas de valoración.
Uso de dispositivos de prevención.
Fomentar la movilización.
Exposición y trabajo con casos clínicos.

Valoración del estado de la piel por parte:
Del gerocultor, a través de una planilla de fácil manejo.
Y de la enfermer@ mediante escalas reconocidas de ulceras por presión.
Mediante la unificación de cuidados entre diferentes servicios.
Valoración de implantación de protocolos y de guías que ayuden a facilitar el trabajo.
Realización de los cuidados basados en evidencia científica.
La supervisora del servicio debe de estar formada y debe motivar a las enfermeras para que sea un trabajo en equipo.

## 5 Discusión-Conclusión

Como personal sanitario, debemos tomar conciencia y responsabilidad de la gravedad potencial del problema que tan directamente nos afecta y adquirir "cultura de prevención" que no es más que asimilar la importancia de la prevención y actuar en consecuencia, utilizando todos los recursos que, curiosamente, están a nuestro alcance, como son:

- Adquirir el hábito de valorar la piel, estado e integridad.
- Actuar de forma protocolizada.
- Aplicar medidas de prevención básicas como higiene, hidratación, protección de talones con taloneras de tejido lavable, protección del sacro con pomadas de barrera, cambios posturales y acomodar a los pacientes con cojines que alivien la presión, intentando conseguir una cama física lo antes posible para los pacientes que ingresan o los que, teniendo un riesgo alto, se prevé que permanecerán más de 4 horas en el servicio.
- Reconocer los signos de alarma y las úlceras por presión.
- Conocer y aplicar un tratamiento según el protocolo del centro.
- Registrar las alteraciones de la piel y las actuaciones de prevención y tratamiento en la hoja de enfermería para facilitar la continuidad de los cuidados.

## 6 Bibliografía

1. Blanco JL. Definición y clasificación de las úlceras por presión. El Peu 2003; 23 (4): 194-8.
2. Abizanda A, Girona M, Martínez I, Juárez M, Querol MJ. Prevención y tratamiento de las úlceras por presión (UPP). Rev Rol Enferm 2004; 27 (3): 213-315.
3. Ayedo EA, Braden B. ¿Por qué la valoración del riesgo de úlceras por presión es tan importante? Nursing 2002; 20 (5): 8-13.
4. www.fisterra.es.
5. www.enfervalencia.org.
6. www.anedidic.org.
7. www.rem.uninet.edu.

## Capítulo 2

# ADAPTACIÓN DEL TEST TIMED UP AND GO PARA PERSONAS MAYORES DE 65 AÑOS

ANDRES GARCÍA SORROCHE

AMANDA GONZÁLEZ HERNÁNDEZ

ELENA AMOR LIBRAN

NURIA REDONDO HERNANDO

MARIA CASTELLANOS GÓMEZ

## 1 Introducción

El envejecimiento es un proceso irreversible y fisiológico en el que tanto los mecanismos como sus formas de tratamiento están en constante debate, puesto que el rápido envejecimiento de la población, supone una preocupación a nivel mundial, puesto que, en nuestra población la cohorte de ancianos es mayoritaria y se pretende que estos envejezcan con éxito y salud.

Además, se conoce que a pesar de que en el propio proceso del envejecimiento se producen multitud de cambios anatómicos y fisiológicos que no pueden evitarse si se puede pretender reducir la velocidad de aparición y aquí es donde se puede actuar y trabajar con el empleo de un adecuado ejercicio físico y con la modificación de los estilos de vida. Este es un objetivo sobre el que se trabaja

para encontrar la solución para que las personas puedan llegar a envejecer saludablemente y ahora solo nos queda remar todos en la misma dirección y seguir trabajando sobre dicho objetivo.

El modo de envejecer de cada individuo está determinado por los factores medioambientales y los estilos de vida de cada uno, por lo que el ejercicio físico como un habito de vida saludable podrá constituir la mejor herramienta para retrasar y prevenir las consecuencias que tiene el envejecimiento, además de mantener un alto grado de funcionalidad.

Se sabe que el ejercicio físico es bastante beneficioso para numerosas patologías como diabetes, hipertensión arterial, cáncer, patologías mentales, patologías osteoarticulares y obesidad entre otras, pero también se debe individualizar a la hora de prescribir ejercicio físico, puesto que cada persona tiene una condición física diferente a las demás, y para ello hay numerosas baterías de test que nos mostrarán la condición y resistencia física de cada persona para poder trabajar con ellos.

Dentro del proceso de envejecimiento uno de los aspectos más destacados y numerosos son las caídas siendo este un importante problema de salud publica en todo el mundo con una prevalencia del 30 %, siendo además la principal causa de pérdida de independencia, de morbilidad y de muerte en ancianos mayores de 65 años, generando esto altos costes de medicamentos, rehabilitación, hospitalización e institucionalización como aseguran Martínez y Gil (2014), por lo que se debe trabajar para evitar reducir esta prevalencia. Las caídas, provocan en el anciano graves patologías del aparato locomotor entre las que destacan las fracturas de cadera, la artrosis y la osteoporosis.
Las fracturas de cadera se incrementan después de los 50 años debido a la reducción de la densidad ósea y al aumento del número de caídas y estas fracturas suelen ocasionar un deterioro funcional de las actividades de la vida diaria (AVD), siendo el tratamiento preventivo uno de los aspectos más importantes para el equipo de cuidadores que deben de ayudar a los ancianos con fracturas a recuperar su capacidad para realizar estas AVD de manera adecuada.
En cuanto a la artrosis hay que afirmar que es la enfermedad osteoarticular mas frecuente en los ancianos y una de las causas más frecuentes de incapacidad entre los mayores de 65 años. Y por último, la osteoporosis es la enfermedad ósea más frecuente en el mundo además de ser la principal responsable del aumento de la tasa de fracturas óseas.

El mejor tratamiento para el riesgo de caídas es evitar estas y para ello, medire-

mos el riesgo de caídas mediante numerosas escalas y test. De entre la multitud de escalas para medir el riesgo de caídas destacamos el test time up and go, la cual es una prueba para la valoración del equilibrio de los ancianos y que gracias a ella se estudia la movilidad y capacidad locomotora de las personas adultas. Este test consiste en pedir al paciente que se incorpore desde una silla, camine tres metros en línea recta, vuelva y se siente. Se evaluara en una escala de 5 puntos dependiendo de la normalidad o anormalidad de la prueba, siendo el tiempo normal en una población de sujetos santos, autónomos y no hospitalizados de 8 segundos.

## 2 Objetivos

Objetivo principal:
- Analizar si el test ”timed up and go” está adaptado a personas mayores de 65 años y a los cambios que el propio proceso de envejecimiento conlleva.

Objetivos secundarios:
- Conocer el tiempo de realización del test timed up and go sin apoyo de brazos por personas mayores de 65 años.
- Conocer el tiempo de realización del test timed up and go con apoyo de brazos por personas mayores de 65 años.
- Comparar los tiempos de realización del test timed up and go tanto con apoyo de brazos como sin apoyo de brazos.

## 3 Metodología

Se trata de un tipo de estudio experimental intrasujeto, ya que en esta investigación hay un grupo control que es el propio sujeto y además, los datos que se comparan son del propio sujeto no entre dos poblaciones diferentes.

He seguido una serie de criterios para la inclusión de las personas de mi estudio y he contado con una muestra de 124 sujetos seleccionadas de forma aleatoria y que cumplían con dichos criterios de inclusión.

En la realización de este estudio llevaremos a cabo una serie de instrumentos que serán imprescindibles. Los instrumentos de medida son las herramientas que se utilizan para llevar a cabo las observaciones y que registran datos observables que representan verdaderamente los conceptos o las variables que el investigador tiene en mente.

Uno de los instrumentos utilizados será el Índice de Barthel que se ha pasado a todos los ancianos de nuestra zona básica de salud y a través de la cual seleccionaremos a nuestros sujetos para el proyecto después de obtener los resultados de dicha encuesta, ya que este es uno de los criterios de inclusión en nuestro estudio. El índice de Barthel es un cuestionario en el cual se valora a la persona su capacidad para poder realizar las actividades de la vida diaria (AVD).
El otro instrumento que utilizaremos será el test "timed up and go", que consiste en que el sujeto tiene que levantarse de una silla con apoyabrazos, andar 3 metros en línea recta y volver para sentarse de nuevo en la silla.

# 4 Resultados

Nuestra muestra inicial era de 124 sujetos, pero ha habido una muerte experimental de 32 sujetos quedando finalmente una muestra de 92 personas de los cuales, 50 son mujeres y 42, hombres.

La edad media de la población estudiada ha sido de 74,53 años con un intervalo de 5 años.
A efectos prácticos se ha agrupado las diferentes edades en intervalos de 5 años.

Respecto al estado civil, el 5,43 % corresponde a solteros, el 63, 04 % a casados y el 31,52 % corresponden a viudos pudiendo observar en la siguiente grafica que el grupo mayoritario fue el de personas casadas, seguido del grupo de personas viudas.

Como ya hemos comentado anteriormente a cada uno de los sujetos de nuestro estudio se le realizo el test "timed up and go" en dos ocasiones, en una de ellas con una silla con apoyabrazos y en otra silla sin apoyabrazos y se les cronometro el tiempo que tardaban en realizar la prueba en cada una de las dos modalidades y 84 de los 92 participantes del proyecto tardaron más en realizar el test cuando lo hacían sin apoyarse en la silla puesto que les costaba más levantarse de esta manera, teniendo en cuenta además que hubo 32 personas que no pudieron realizar la prueba sin apoyarse en la silla, pudiendo deducir que se trata de personas ligeramente dependientes y las cuales las hemos considerado como muerte experimental.

La media del tiempo que emplearon todos los sujetos al realizar la prueba nos indica que el tiempo empleado por los participantes de nuestro estudio en realizar el test con apoyo es de 11,45 segundos, mientras que el tiempo que emplearon

en hace el mismo test pero sin apoyo fue de 12, 36 segundos. Según el sexo se comprueba que las mujeres tardan más que los hombres en ambas modalidades.

También se ha comprobado que la edad influye en la realización de esta prueba y creemos que ha sido porque a mayor edad las personas van perdiendo fuerza muscular tanto en los miembros inferiores como superiores y de esta manera tienen menos elasticidad y equilibrio. Para afirmar esto, nos apoyamos en los datos que nos han dado los resultados de la realización del test "timed up and go" y que efectivamente nos muestran como las personas de 65 a 70 años emplean menos tiempo de media que las personas de los demás intervalos de edad.

Por último, hemos comparado los tiempos empleados en la realización de la prueba según el estado civil, porque hemos creído que podría ser un aspecto influyente, y los resultados nos muestran que las personas solteras son las que menos tardan en realizar dicho test seguido de los casados.

## 5 Discusión-Conclusión

Una de las observaciones es que los adultos más mayores tardaron más en realizar el test que las personas más jóvenes, puesto que con el paso de los años se va perdiendo fuerza muscular tanto en los miembros inferiores como en los superiores.
Además, a los años se les suma también la fragilidad de las personas, por lo que como se sabe cuánto mayor será la fragilidad de la persona, mayor será el tiempo que van a emplear en realizar el test, por lo tanto este es un aspecto que se ha tenido en cuenta como inclusión a la hora de seleccionar la muestra y se puede observar cómo ha habido personas que no han podido realizar el test sin apoyo, contabilizándoles solo la realización de la prueba con apoyo. La realización del test "time up and go" previene en parte el riesgo de caídas, puesto que a una mayor fuerza muscular menor será la exposición a las caídas, y consecuentemente en pacientes que tienen un mayor porcentaje de caídas, mayor será el tiempo que emplearan en realizar el test como indican también Rey, Boleas y Pérez (2005) en su artículo Análisis postural de la prueba "Timed-up-and-go" en pacientes con vértigo.

# 6 Bibliografía

1. Alvarado, A.M y Salazar, A. (2014). Análisis del concepto de envejecimiento. Gerokomos, 57-62.
2. Beauchet, O; Annweiler, C; Assal, F; Bridenbaugh, S; Herrmann, F.R; Kressig, R.W y Allali, G.(2010). Imagined Timed Up & Go test: A new tool to assess higher-level gait and balance disorders in older adults?. Journal of the Neurological Sciences (294), 102-106.
3. Bischoff, H.A; Hannes, H; Monsch, A.U; Iversen, M; Weyth, A. y Von Dech, M. (2003). Identifying a cut-off point for normal mobility: a comparison of the timed 'up and go' test in community-dwelling and institutionalised elderly women. Age and ageing, 315-320.
4. Campisi, J. (2005). Senescent cells, tumor suppression, and organismal aging. En C. J, Good citizens, bad neighbors. Cell (120), 513-522.
5. Camiña , F; Cancela , J. Mª. y Romo , V. (2001). La prescripción del ejercicio físico para personas mayores. Valores normativos de la condición física. Rev. int. med. cienc. act. fís. deporte, 136-154.

## Capítulo 3

# ENVEJECIMIENTO ACTIVO Y LA IMPORTANCIA DEL EJERCICIO FÍSICO

ANDRES GARCÍA SORROCHE

AMANDA GONZÁLEZ HERNÁNDEZ

ELENA AMOR LIBRAN

NURIA REDONDO HERNANDO

MARIA CASTELLANOS GÓMEZ

## 1 Introducción

El envejecimiento en los seres humanos esta visto como un proceso iniciado en la concepción y que se desarrolla a lo largo de toda la vida, el cual está determinado por factores genéticos y ambientales.

Además, a lo largo de la historia del ser humano, evitar los efectos negativos del envejecimiento y retrasar la muerte son dos objetivos que siempre han causado gran interés, por lo que, no es sólo necesario intervenir en las diversas enfermedades asociadas a la vejez, sino que también será importante promover un estilo de vida más saludable para evitarlas.

Si pasamos a definir el envejecimiento podemos comprobar cómo Laslett afirma que ”el establecimiento de una edad para la vejez es una construcción social que está determinada por factores biológicos o psicológicos”. Laslett refiere la posibilidad de distinguir 4 etapas del ciclo de vida: la “primera edad” relacionada con la

infancia y la juventud; “la segunda edad” reflejada con la vida activa y reproductiva; la “tercera edad” referida a la etapa activa del retiro (60-75 años) y la “cuarta edad” declarada como la fase de declinación, mayor dependencia y deterioro más acelerado (más de 75 años).

Continuando con la definición de envejecimiento según Vásquez, Pérez-Fuentes, Lucas, y Yuste, 2008, ”el modo de envejecer de cada individuo estará determinado en gran parte por factores ambientales y estilos de vida”.

Por lo tanto, sabemos que el envejecimiento es un proceso que ha ido modificándose a lo largo de la historia, sabiendo que es un proceso irreversible, y que además tiene otras características, como que es deletéreo y homogéneo.

Lo que pretendemos con este estudio es conseguir que los ancianos tengan una adecuada calidad de vida, concepto que podría definirse ”como la percepción individual de la propia posición en la vida dentro del contexto del sistema cultural y de valores en que se vive y en relación con sus objetivos, esperanzas, normas y preocupaciones”.

Gracias a una adecuada calidad de vida y a una práctica regular de la actividad física, conseguiremos que cada persona envejezca saludablemente y activamente, por lo que sería importante ponerse serio en este tema.

Al igual que el concepto de envejecimiento ha sufrido muchos cambios a lo largo de la historia, también lo ha hecho el de envejecimiento activo, que podría pasar a definirse según la OPS como ”el proceso para la optimización de las oportunidades para la salud, la participación y la seguridad, e incrementar así la calidad de vida de las personas de edad”. La OMS en 1990 lo definió como ”como un fenómeno pluri-dimensional, heterogéneo o complejo”. Además, la OMS en 2011, volvió a definir posteriormente el envejecimiento activo como ”un proceso de optimización de las oportunidades de salud, participación y seguridad con el fin de mejorar la calidad de vida a medida que las personas envejecen”.

Con la adecuada calidad de vida y la correcta realización y práctica de ejercicio físico podremos llegar a la consecución de un envejecimiento saludable, proceso en el cual se está poniendo énfasis puesto que lo que pretendemos es que todas las personas envejezcan de forma satisfactoria. Este concepto de envejecimiento saludable podríamos pasar a definirlo como ”el mantenimiento de niveles óptimos de bienestar en salud física y psicológica a partir de los sesenta años y durante el curso de la vejez hasta la muerte, haciendo referencia también a la ausen-

cia de enfermedades graves, psicopatología y dependencia de otras personas en todos los ámbitos importantes de la vida".

Sabemos también que el envejecimiento de la población española ha aumentado progresivamente en las últimas décadas, a la vez que el nivel de vida de la población ha mejorado considerablemente, por lo que se ha producido el mejor momento hasta el momento en nuestro estado de bienestar. Por tanto, podríamos decir que a consecuencia del aumento del nivel de vida, ha aumentado también la esperanza media de vida en el último siglo, afirmando que el 7 % de la población mundial es de 65 años y de más edad.

## 2 Objetivos

Analizar el envejecimiento activo en las personas mayores, resaltando la importancia del ejercicio físico.

## 3 Metodología

Se trata de una revisión bibliográfica descriptiva. Esta revisión descriptiva proporciona al lector una puesta al día sobre conceptos útiles en áreas en constante evolución. Este tipo de revisiones tienen una gran utilidad en la enseñanza y también interesara a muchas personas de campos conexos, porque leer buenas revisiones es la mejor forma de estar al día en muchas esferas generales de interés.

Se han ido seleccionando documentos, los cuales han sido seleccionados de las diferentes bases de datos existentes, teniendo en cuenta una serie de criterios de inclusión y exclusión.

## 4 Resultados

Si analizamos los resultados de los diversos estudios encontrados en nuestra búsqueda en las bases de datos mencionadas anteriormente, podemos agruparlos estos en diferentes categorías.
Una de las categorías de las cuales hablan algunos de los estudios es de la realización de ejercicio físico y del cual en uno de los estudios, los resultados nos sacan en claro que los hombres realizan ejercicio físico con más frecuencia que las mujeres, mientras que las mujeres realizan más actividades físicas (planchar,

cocinar, etc.) que los hombres. En este estudio podemos destacar también otros datos significativos como que más de la mitad de la muestra estudiada realiza ejercicio físico diariamente, que el grupo de más de 85 años, realiza menos ejercicio físico que el resto de edades y que las personas viudas realizan menos ejercicio físico que las personas casadas.

Otra de las categorías reflejadas en uno de los documentos seleccionados es del impacto de las estrategias de envejecimiento activo en las cuales valoran sus tres pilares teórico-políticos (salud, seguridad y participación). Los resultados obtenidos de dicho estudio nos afirman que el pilar más influyente de los tres es el de la salud, por delante de la seguridad y el de la participación por este orden.

Otro documento nos habla de la prevención de caídas en el adulto mayor y sus resultados nos ponen de manifiesto entre otras cosas que la actividad cognitiva concurrente afecta al equilibrio en las personas de edad avanzada, que el ejercicio apropiado es eficaz para mejorar el equilibrio en las personas de edad avanzada y que el ejercicio puede mejorar la función cognitiva.

En otro de los documentos seleccionados, se realizo un estudio con 107 personas mayores de 60 años en el que un grupo de ellas recibieron el curso multimedia, otras tantas recibieron el curso "Vivir con vitalidad" y las restantes fueron el grupo control, y los resultados de este estudio fueron que ambos estudios produjeron cambios positivos en los diversos indicadores conductuales. En la variable del sexo no se observaron diferencias destacadas, al igual que en el nivel educativo y las demás variables, ya que los resultados fueron similares en cada uno de los tres grupos estudiados.

Otra de las estrategias que se podrían llevar a cabo podrían ser la adecuada alimentación y otros factores conductuales positivos como el abandono de hábitos perjudiciales como el tabaquismo y el alcohol.

## 5 Discusión-Conclusión

Podemos llegar a las siguientes conclusiones:
En el ser humano hay multitud de determinantes y factores que hacen que estos envejezcan insatisfactoriamente, por lo que necesitamos llevar a cabo una serie de estrategias positivas para conseguir que las personas de edad avanzada lleven una vida activa. Entre estas estrategias, podríamos destacar un adecuado ejercicio físico y la realización de actividades físicas de forma correcta. La práctica de dicho

ejercicio podría reducir el número de enfermedades y la cifra de discapacidad y morbilidad de los ancianos. Además, debemos de luchar contra la multitud de desafíos con los que nos levantamos cada día y que nos hacen la vida más difícil. Como hemos podido ver, la práctica del ejercicio físico tiene multitud de beneficios para la persona, y por tanto, este será nuestro principal eslabón para conseguir la consecución de un adecuado envejecimiento activo.

# 6 Bibliografía


1. Reyes Torres I, Castillo Herrera JA. El envejecimiento humano activo y saludable, un reto para el anciano, la familia, la sociedad. Rev Cubana Invest Bioméd [Internet]. 2011 [citado 10 febrero 2015]; 30(3): 454-459. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03002011000300006&lng=es.

2. Pérez-Fuentes, MªC, Gazquez JJ, Molero Mº M, Mercader I. Un estudio de campo sobre el envejecimiento activo en función de la actividad física y ejercicio físico.2011 [citado 10 febrero de 2015]; Volumen 3(numero1): 37.Disponible en: http://www.redalyc.org/pdf/2451/245122736002.pdf.

3.Laslett P, Fishkin, JS. Justice between age groups and generations. New Haven-London.; 1992.

4. Organización Mundial De La Salud. Envejecimiento activo: un marco político*. Rev Esp Geriatr Gerontol [Internet].2002 [citado 10 febrero 2015]; 37(S2):74-105. Disponible en http://envejecimiento.csic.es/documentos/documentos/oms-envejecimiento-01.pdf.

5. Azaña YS. Responsabilidad social empresarial y envejecimiento activo. Revista de Globalización, Competitividad y Gobernabilidad [Internet].2013. [Citado 12 febrero 2015]; 7(3):60-75. Disponible en: http://0-search.proquest.com.avalos.ujaen.es/docview/1471035812/41DD11ECAF914486PQ/1?accountid=14555.

6. Núñez Domínguez Trinidad. Cine y envejecimiento activo : la imagen de la actividad física en las películas. Escritos de Psicología [Internet]. 2013 [citado 2015 Feb 16]; 6(2): 20-25. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1989-38092013000200004&lng=es.
http://dx.doi.org/10.5231/psy.writ.2013.2006.

7. Giro Miranda, Joaquín. Envejecimiento activo, envejecimiento positivo. La Rioja: Ed. UR; 2006. Pág. 38-49.

8. Merino B. Un camino hacia el envejecimiento activo. Rev Esp. Geriatric Gerontol [Internet]. 2007 [citado 15 febrero 2015]; 42 (Supl 2): 12-14.

Disponible en: http://0-www.sciencedirect.com.avalos.ujaen.es/science/article/pii/S0211139X07757359.
9. Castañedo Pfeiffer, Cristina. Consideraciones generales sobre el envejecimiento. Cantabria; 2012.
10. Eloísa dos Santos Flavia, Marian Andrade Vivian, Amadeo Bueno Orlando F. Envelhecimento: um processo multifatorial. 2009 [12 febrero 2015]. Disponible en: http://www.scielo.br/pdf/pe/v14n1/a02v14n1.pdf.
11. Lendinez Parra NS, Contreras Valencia K, Castro Villamil A. Proceso de envejecimiento, ejercicio y fisioterapia. Revista Cubana de Salud Pública [internet]. 2012. [citado 10 febrero 2015]; 38(4): 562-580. Disponible en: http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662012000400008&lang=pt.
12. Sanchis Sánchez E, Igual Camacho C, Sánchez Frutos J, Blasco Igual MC. Estrategias de envejecimiento activo: revisión bibliográfica. Elsevier España, SL [Internet]. 2014. [citado 15 febrero 2015]; 36(4):177—186. Disponible en: http://0-www.sciencedirect.com.avalos.ujaen.es/science/article/pii/S0211563813000692.
13. Martin Lasende I, Martin Zurro A, Moliner Prada C, Aguilera García L. Envejecimiento activo, la mejor «receta» para prevenir la dependencia. Rev Esp Geriatr Gerontol. [Internet]. 2007. [citado 16 febrero 2015]; 42 (Supl 2):4-6. Disponible en: http://0-www.sciencedirect.com.avalos.ujaen.es/science/article/pii/S0211139X07757335.
14. Fernández Ballesteros R, Caprar MG, Iñiguez J, García LF. Promoción del envejecimiento activo: efectos del programa «Vivir con vitalidad» Rev Esp Geriatr Gerontol. [Internet]. 2005. [citado 17 febrero 2015]; 40(2):92-102. Disponible en: http://0-www.sciencedirect.com.avalos.ujaen.es/science/article/pii/S0211139X05748344.

## Capítulo 4

# LOS EFECTOS Y REPERCUSIONES PSICOLOGICAS Y SOCIALES EN LA POBLACIÓN DEBIDO A LA PANDEMIA POR COVID-19

MARÍA HERNÁNDEZ SÁNCHEZ

MARÍA JOSEFA MOLINA CIUDAD REAL

MAEBA RIVAS MUÑOZ

ANA BELÉN SÁNCHEZ PASTOR

LOURDES SERRANO RABANAL

## 1 Introducción

A lo largo de la historia se han descrito muchas pandemias, protagonizadas por la peste, el cólera, la poliomielitis, el síndrome respiratorio agudo severo, entre otras, pero actualmente, el 31 de diciembre de 2019, la Organización Mundial de la Salud (OMS) documentó sobre algunos casos de una patología infecto-contagiosa respiratoria surgida en la ciudad de Wuhan, provincia de Hubei, en China. Se confirmó un nuevo virus que se denominó severe acute respiratory syndrome coronavirus-2 (SARS-CoV-2), causante de una enfermedad nombrada coronavirus infectious disease-19 (conocida con el acrónimo Covid-19: Coronavirus Disease 2019), que se ha registrado en 185 países y causado la muerte de millones de personas, debido a esto se declaró como pandemia.

Aunque la mayoría de los enfermos expresan manifestaciones clínicas leves, un gran número de ellos presenta neumonía grave, miocarditis, choque cardiogénico, fracaso renal agudo, entre otras complicaciones que conducen al fallecimiento.
Debido a su infectocontagiosidad, cada país cumplió una serie de medidas para evitar la transmisión de la enfermedad, como el distanciamiento social y el confinamiento mediante la cuarentena y el aislamiento, la limitación de la movilidad, el transporte colectivo, las actividades culturales, el no visitar a familiares y amigos, reducir la realización de deportes y otras actividades al aire libre, la suspensión de la actividad escolar presencial y algunas laborales a favor del trabajo a distancia. A todo esto, le podemos sumar, la propagación de información necesaria, pero en ocasiones alterada y distorsionada, mediante los medios de comunicación, acerca de todo lo referente a la pandemia.
Algunas medidas, como el distanciamiento social y el confinamiento mediante la cuarentena y el aislamiento, generan estrés psicosocial que alteran de modo negativo el bienestar psicológico. El riesgo de padecer esto se vuelve mayor en niños y adultos geriátricos, en personas con vivencias de una cuarentena, con trastornos psicológicos previos, percepciones distorsionadas de riesgo, en toxicómanos, con ausencia de vínculos afectivos, situación económica precaria, convivencia en entornos de riesgo, entre otros factores.

## 2 Objetivos

Objetivo principal:
- Determinar la relevancia de las consecuencias psicosociales por Covid-19.

Objetivos secundarios:
- Resaltar el cambio en la vida cotidiana de la población tras la pandemia por Covid-19.
- Promover el estudio de medidas y estrategias que mejoren el afrontamiento de la pandemia por Covid-19.

## 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

En determinados conflictos (guerras, desplazamientos forzados, migración, desastres naturales, epidemias, etc.), las secuelas en la salud corporal de los afectados resultan evidentes, por eso la pate física del ser humano ha acaparado siempre la atención de la Medicina. Sin embargo, el estudio de sus consecuencias en la esfera psicosocial es relativamente reciente e insuficientemente estudiado por parte de esta ciencia.

Actualmente, como hemos referido anteriormente, el mundo vive una situación excepcional debido a la pandemia global iniciada en diciembre de 2019 en Wuhan (Hubei, China). Protagonizada por un brote epidémico de una nueva enfermedad respiratoria grave (SARS, del inglés severe acute respiratory síndrome), en concreto un nuevo coronavirus, inicialmente llamado CoV-19. En el mes de enero de 2020, fue declarada la alerta sanitaria internacional por la OMS. Esto ocupó todos los medios informativos y redes sociales. Por ello resultó también excepcional la medida de aislamiento social, preventivo y obligatorio utilizada por varios países a modo de prevención.

Cada persona reacciona de modo distinto ante situaciones estresantes. La mayoría de las acciones incluyen comportamientos que generan estrés psicosocial según la vulnerabilidad individual y el tener antecedentes de alteraciones mentales previas, y suelen tener efectos nefastos en el bienestar completo del individuo, porque implican la pérdida de libertades y la modificación de hábitos de la vida diaria socio-familiar, y además que se asuman otros insanos, como mala alimentación, alteraciones en el ritmo del sueño, sedentarismo, exceso de uso de las tecnologías de la informática.

Durante la pandemia, la vulnerabilidad para la afectación psicológica es mayor al vivir la cuarentena, en los escolares (sobre todo en hijos separados de sus cuidadores o que han sufrido la pérdida de un familiar, en los que hay alteraciones en la convivencia familiar), personas con otros trastornos psicológicos anteriores, migrantes, refugiados, con situación económica difícil, entre otras minorías, percepciones distorsionadas de riesgo, personas dependientes de sustancias adictivas o en situación de vivir en la calle y sin techo, con falta de enlaces con los que mantener una comunicación activa, falta de recursos personales para el entreten-

imiento, convivencias de riesgo (viviendas con violencia o aislamiento), dificultad para comprender el estado de alarma y en riesgo de incumplirlo, dificultad económica.

Los trabajadores de la salud, bomberos, policía, funcionarios municipales, entre otros, pueden sufrir estrés adicional durante la pandemia Covid-19, debido a factores como el riesgo de estigmatización por mantener más contacto con personas con la enfermedad, miedo de contagiar Covid-19 a sus amigos y familiares al estar más expuestos al virus debido a su trabajo, cansancio físico por la utilización de equipos de protección personal, estar en constante estado de alerta, la demanda del entorno laboral, largas jornadas de trabajo, etc.

Producido por la situación de pandemia, se ha resumido en diferentes artículos científicos, que la mayoría de la población presenta diferentes alteraciones psicológicas y se pueden clasificar así:

- Desde el punto de vista de las emociones: aparece miedo, sentimiento de irritabilidad, ira, tristeza, depresión, ansiedad, angustia por la falta de contacto físico o el no poder seguir la rutina cotidiana, malestar por la falta de conocimiento sobre la evolución y gravedad de la pandemia, sensación de irrealidad, agobio, frustración, aburrimiento, insatisfacción, malestar por poder ser contagiado debido a la irresponsabilidad de otros, preocupación por falta de provisiones, etc.
- Centrándose más en el nivel cognitivo: percepción de vulnerabilidad, negatividad o desconfianza respecto al futuro, incertidumbre, preocupación, etc.
- Y desde el punto de vista conductual: cambios en los hábitos alimentarios, insomnio, falta de concentración e indecisión, mayor uso del alcohol, tabaco y de otras sustancias, no realizar deporte, problemas domésticos, ideas suicidas, incremento de rituales de protección, síntomas del trastorno obsesivo-compulsivo, preocupación más por la familia (hijos, pareja, padres y abuelos), que por sí mismo.

Estas alteraciones son estresores que se van a incrementar con la presencia de problemas de salud mental anteriores o que van a generar la aparición de nuevos problemas psicológicos. Por todo esto se vuelve fundamental el estudio de medidas de afrontamiento eficaces para evitar los problemas psicosociales desencadenados por dicha pandemia.

## 5 Discusión-Conclusión

Finalmente, vamos a establecer que la ayuda profesional es vital para luchar contra las alteraciones psicológicas que produce la Covid-19, ya que afecta a todas las esferas de la vida social y así hacer que las secuelas de la pandemia en la salud mental sean menores y poder recuperar la armonía física, psíquica y social de las

personas. La manera en que trasmitimos la información acerca de la Covid-19, es importante para ayudar a las personas a lograr medidas eficaces para combatir la enfermedad y para evitar alimentar el miedo y la estigmatización y mejorar así su afrontamiento.

Para concluir podemos decir que la pandemia Covid-19 produce trastornos psicosociales en los enfermos de ello o sospechoso de serlo, en los formadores del equipo de salud que los atiende y en la población general, y aunque existen aspectos por esclarecer respecto a la repercusión sobre la salud mental, es necesario potenciar la resiliencia, el mejoramiento humano y la atención contextualizada a los grupos vulnerables para minimizar el impacto psicosocial.

## 6 Bibliografía

1. Esp. Yvette Terry-Jordán. Aspectos psicosociales asociados a la pandemia por Covid-19. Revista Información científica. 2020 noviembre-diciembre; 99 (6).
2. Victoria de la Caridad Ribot Reyes. Efectos de la Covid-19 en la salud mental de la población. Revista Habanera de ciencias médicas. 2020 Junio; 19 (1).
3. Dra. Marta Alba Pérez Valdés. Repercusión psicológica y social de la pandemia Covid-19. Revista Electrónica Medimay. 2020 Abril-Junio; 27 (2).

## Capítulo 5

# EL MALTRATO DOMÉSTICO EN LAS PERSONAS MAYORES

LORENA ORTIZ ORTIZ

SARA MUÑOZ MARÍN

ELENA MUÑOZ MARÍN

## 1 Introducción

Se define maltrato doméstico a todo acto de violencia física o psicológica ejercida sobre quien sea o haya sido cónyuge o pareja con o sin convivencia; descendientes, ascendientes, hermanos por naturaleza, adopción o afinidad, propios del cónyuge o convivientes; menores o personas con discapacidad necesitadas de especial protección que con él convivan o que se hallen sujetos a la potestad, tutela, curatela, acogimiento o guarda de hecho del cónyuge o conviviente; persona amparada en cualquier otra relación por la que se encuentre integrada en el núcleo de su convivencia familiar y personas vulnerables sometidas a custodia o guarda en centros públicos o privados.

En España, más de medio millón de mayores sufren malos tratos físicos y psicológicos en la actualidad. Se prevé que para el 2050, la población mayor de 60 años se duplique, pasando de 900 millones en 2015 a 2000 millones. Por tanto si la proporción de víctimas se mantiene constante, el número llegará a 320 millones en el 2050.

A partir de 2002, fue reconocido como problema mundial a través de la Declaración de Toronto, en la que se definió el maltrato de las personas mayores

como la acción única o repetida, o la falta de la respuesta apropiada, que causa daño o angustia a una persona mayor y que ocurre dentro de cualquier relación donde exista una perspectiva de confianza. Debido a la dimensión del problema, se determina que requiere un enfoque multisectorial y multidisciplinario.

## 2 Objetivos

Objetivo principal:
- Establecer los tipos de maltrato doméstico.

Objetivos secundarios:
- Determinar los factores de riesgo y las consecuencias.
- Conocer las medidas de prevención del maltrato.

## 3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha realizado una búsqueda sistemática en la base de datos Pubmed; en páginas Web relevantes en el tema como ”Organización Mundial de la Salud” y en guías de distintas comunidades autónomas como Aragón, Andalucía y Madrid.

## 4 Resultados

Existen varios tipos de maltrato doméstico. El físico, como golpes, fracturas y quemaduras, entre otros. El sexual, cuando no hay consentimiento, por incapacidad o decisión. El psicológico, a través de la manipulación, intimidación, amenazas o humillaciones. El económico, al impedir el uso y control del dinero, robo, chantaje o compra de bienes. La negligencia, que consiste en el rechazo o negación en la atención de las necesidades, la cual puede ser física, psicológica y económica. La obstinación diagnóstica es la realización de pruebas para aumentar el conocimiento de una patología sin que se prevean beneficios reales en el paciente. Por otro, la lado la obstinación terapéutica es la realización de medios desproporcionados para prolongar artificialmente la vida biológica de un paciente con una enfermedad irreversible o terminal.

En cuanto a los factores de riesgo, se pueden clasificar en el ámbito familiar y el institucional. Dentro del familiar encontramos: una mala situación económica, aislamiento social, conflictos familiares, dependencia, trastornos psíquicos como

adicciones o baja autoestima y nivel de estrés del cuidador. Por otro lado, en el ámbito institucional, se consideran factores de riesgo la falta de formación, burnout, el estrés, estructurales como escasos recursos humanos y un elevado número de residentes, inflexibilidad y homogeneización, rigidez en normas y horarios.

Las consecuencias del maltrato pueden ser físicas, como traumatismos, fracturas, abandono, desnutrición; psíquicas, como tristeza, sufrimiento, ideación suicida, pseudo demencias, trastornos emocionales; y sociales, con aumento de hospitalizaciones y frecuentación del sistema sanitario.

Para detectar el maltrato doméstico debemos estar pendientes de las señales de alerta y los signos precoces, para abordar el problema lo antes posible. Otras medidas eficaces son crear un marco legal específico, capacitar a los profesionales sanitarios, diseñar protocolos de actualización e instrumentos de cribado, estructurar servicios de apoyo y programas específicos de atención que ayuden a solventar el aislamiento social e implementar la existencia de suficientes plazas en residencias, hospitales de día y centros de acogida.

## 5 Discusión-Conclusión

Debido a la magnitud del problema, una de las medidas principales es la prevención primaria. Se encarga de identificar y detectar personas vulnerables y en situación de riesgo, canalizar intervenciones para modificar factores predisponentes y apoyar a los cuidadores. El siguiente nivel sería la prevención secundaria, que trata de reducir la prevalencia del maltrato mediante la detección precoz de los factores de riesgo. Para ello es necesario realizar una correcta entrevista clínica y exploración física.

Por todo ello, es imprescindible sensibilizar a la sociedad, para combatir el estigma y ayudar a eliminar los estereotipos negativos sobre las personas mayores.

## 6 Bibliografía

1. Organización Mundial de la Salud. 69ª Asamblea Mundial de la Salud. Ginebra, 23-28 de mayo de 2016.
2. Sánchez, N. Abordaje del maltrato al anciano en el ámbito doméstico. Revisión bibliográfica. Rev. Enferm. CyL. 2015; 7 (1).
3. Montero G, Vega JC, Hernández G. Abuso y Maltrato en el Adulto Mayor. Revisión bibliográfica. 2017; 34 (1).

4. Consejería de Salud Junta de Andalucía. Examen de Salud para Mayores de 65 años. 2017
5. Luesia F, Morel MA. Estrategia de Atención y Protección Social para las personas mayores en Aragón. Gobierno de Aragón. 2018.
6. Confederación Española de Organizaciones de Mayores. Uso de sujeciones físicas y químicas con personas mayores y enfermos de Alzheimer. Guía para personas mayores y familiares. Madrid: 2005.

## Capítulo 6

# CUIDADOS BÁSICOS DE ENFERMERÍA EN NIÑOS CON DIAGNÓSTICO DE CETOACIDOSIS DIABÉTICA

MARÍA JOSEFA MOLINA CIUDAD REAL

ANA BELÉN SÁNCHEZ PASTOR

LOURDES SERRANO RABANAL

MARÍA HERNÁNDEZ SÁNCHEZ

MAEBA RIVAS MUÑOZ

## 1 Introducción

La cetoacidosis diabética es una complicación metabólica de la diabetes mellitus, que requiere siempre de un tratamiento urgente, es un trastorno agudo que ocurre cuando el cuerpo no puede utilizar la glucosa como fuente de energía. Es considerada una causa principal de morbimortalidad en niños diabéticos, por lo que es de vital importancia un diagnóstico y tratamiento precoz, ayudando con ello a su mejor manejo y control por parte del paciente y familiares.

El diagnóstico se sospecha por la sintomatología que presentan estos pacientes en el inicio, como pueden ser: poliuria, polidipsia, cefalea, vómitos y dolor abdominal, pérdida gradual de peso, pueden permanecer letárgicos, taquipnéicos, respiración acidótica (respiración de Kussmaul), deshidratación.

Todo esto se confirma mediante controles donde se refleja hiperglucemia, cetonuria y acidosis metabólica. El inicio de este cuadro puede ser de forma progresiva, aparecer en pocas horas o en varios días.

Ante este tipo de trastorno es importante actuar con suma rapidez, ya que, la cetoacidosis diabética puede poner en peligro la vida del paciente, puesto que puede evolucionar rápidamente, si no se atiende a tiempo. También es de vital importancia reconocer signos en el menor para poder actuar lo antes posible y acudir a tiempo a un servicio de urgencias médicas.

## 2 Objetivos

El objetivo principal es describir las intervenciones y actuaciones de enfermería en el cuidado del paciente pediátrico que presenta cetoacidosis diabética, para actuar con la mayor brevedad posible y ofrecer así una atención de calidad al niño/a y a su familia.

## 3 Metodología

Información mediante una revisión bibliográfica, sistemática y previamente revisada, de las intervenciones que debe planificar y ejecutar el personal de enfermería en relación con el cuidado del niño/a con cetoacidosis diabética.

También hemos podido obtener información de artículos de diferentes bases de datos como Lilacs, scielo, ibecs y medline plus, pubmed, así como documentos extraídos de la Biblioteca Virtual en Salud España (BVS).

## 4 Resultados

Durante la atención al niño/a con cetoacidosis diabética grave, los profesionales de enfermería tenemos que vigilar su estado y evolución, además de estar alertar ante cualquier complicación derivada de la propia enfermedad o del tratamiento administrado.

Las intervenciones del profesional de enfermería en este tipo de casos se basan principalmente en las siguientes acciones:
1. Anamnesis general.
2. Toma de constantes vitales y monitorización del paciente.

3. Canalizar dos vía venosa, una exclusiva para administración de insulina y otra para extracciones analíticas e infusión de líquidos que requiera el paciente. En esta última también se pueden administrara medicamentos que pueda requerir el paciente en algún momento del proceso.
4. Extracción de sangre, preferiblemente se realiza analítica completa.
5. Administración de fluidoterapia prescrita, que al principio del diagnóstico se infundirá a mas velocidad, pudiendo ir bajando gradualmente según se vaya obteniendo el resultado deseado.
6. Orina completa con sedimento, glucosa, cuerpos cetónicos, sodio y creatinina en orina. Se realizará un sondaje vesical si existe alteración del nivel de conciencia o dificultad en la recogida de la orina para, llevar un control horario de diuresis.
7. Gases arteriales: la primera determinación es preferible que se haga con sangre arterial cuando existe cetonuria, después servirán los controles venosos.
8. ECG. Monitorización del paciente.
9. Radiografía (Rx) de tórax, si el estado clínico del paciente lo permite, en caso contrario, se pedirá Rx portátil.
11. Administración de oxígeno (si PO2 80 mmHg).
12. Dieta absoluta si alteración de la conciencia o vómitos persistentes, colocar SNG.
13. Administrar tratamiento prescrito:
Reposición de líquidos.
Insulina.
En la fase de recuperación, y el nivel de glucemia desciende, añadir suero glucosado al 5 % para equilibrar la insulina administrada.
Potasio.
Bicarbonato.

## 5 Discusión-Conclusión

La recuperación y la buena evolución del niño con cetoacidosis diabética (CAD) depende principalmente del buen trabajo realizado en conjunto por un equipo interdisciplinar, donde es de vital importancia la realización de unos cuidados eficaces por parte del profesional y por ello, estos deben estar capacitados para actuar en todas las intervenciones relacionadas con la cetoacidosis diabética, así como ofrecer apoyo y educación al niño/a y a su familia.

Estos niños sufren graves problemas de salud que ponen en peligro su vida, y requieren de nuestra vigilancia y cuidados continuos para mejorar su evolución

y prevenir complicaciones graves para el menor.

Por todo ello, llegamos a la conclusión de que los profesionales de enfermería realizamos un trabajo esencial, y por lo tanto precisamos de una formación continua exhaustiva de cuidados a realizar en niños diagnosticados de cetoacidosis diabética, lo cual ha propulsado la elaboración de este trabajo.

## 6 Bibliografía

1. Federación internacional de Diabetes. Diabetes voice. Perspectivas mundiales de la diabetes. Educación para la diabetes. 2007; (52): 37-40.

2. José Ignacio López González. Cetoacidosis diabética. www.urgenciasmedicas.org/endocrin/cetoacid.htm.

3. M.D. Sánchez, I. Aguilera Muñoz, C. Peñalver Pardines, A. Sánchez Rodríguez: Urgencias Diabéticas. En: Claudio Peñalver Pardines. Manual práctico de Enfermería en Urgencias. 104-108. Ed PRINCEPS. Madrid. 1999.

4. Quiroga, SM.; Mendoza, VC. y Pradilla, GL. Cetoacidosis diabética en población pediátrica. Protocolo de manejo. rev. univ. ind. santander. salud. 2013; 45 (2): 57-63.

5. Inés Gómez García, Gerardo Rojo Marcos. Diabetes Mellitus. Hipoglucemia. En: Daniel Carnevali Ruíz & Cols. Manual de Diagnóstico y Terapéutica Médica. Hospital Universitario 12 de Octubre. 652-654. Ed MSD, 3ª Edición. Madrid. 1994.

6. Plan Andaluz De Urgencias y Emergencias. Manejo de las Complicaciones Urgentes de un Paciente Diabético. Dirección URL.

7. L. Jiménez Murillo & Cols. Cetoacidosis Diabética. En: L. Jiménez Murillo, F.J. Montero Pérez. Medicina de Urgencias: Guía Diagnóstica y Protocolos de Actuación 2ª edición. 407-409. Ed HARTCOURT.

## Capítulo 7

# ABORDAJE DESDE LA ENFERMERÍA EN LA MUTILACIÓN GENITAL FEMENINA

MAEBA RIVAS MUÑOZ

MARÍA HERNÁNDEZ SÁNCHEZ

MARÍA JOSEFA MOLINA CIUDAD REAL

LOURDES SERRANO RABANAL

ANA BELÉN SÁNCHEZ PASTOR

## 1 Introducción

Según la OMS, la Mutilación Genital Femenina es, "todo procedimiento que implica la resección parcial o total de los genitales externos u otras lesiones de los órganos genitales femeninos por razones no médicas".
Los orígenes de la mutilación genital femenina son cronológica y geográficamente desconocidos.
Una de las teorías que explican la causa del por qué comenzó a realizarse la escisión del clítoris en Egipto es que, al considerarse que los dioses eran bisexuales, los hombres sólo podían aceptar un género como muestra de respeto y sumisión, por lo que eran circuncidados para eliminar el prepucio, propiamente de la mujer, y a las mujeres se les eliminaba el clítoris, típico del hombre.

Con respecto a la prevalencia, los países en los que esta es mayor son: Somalia, donde un 98% de las mujeres entre los 15 y los 49 años han sido mutiladas, y Guinea, con un 97 %. Camerún, Uganda, Níger, Ghana, Togo e Iraq mantienen sus cifras por debajo del 10 %.
Se trata de una práctica ancestral que afecta a más de 200 millones de mujeres en todo el mundo y se estima que 85 millones de niñas y mujeres podrán ser mutiladas de cara al año 2030.
En el presente capítulo se tratará de dar a conocer la importancia del papel de la enfermería en relación con la MGF, jugando un papel fundamental en su abordaje.

## 2 Objetivos

Describir en qué consiste la práctica de la mutilación genital femenina e identificar las medidas de actuación para detectar y prevenir casos desde la enfermería.

## 3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha realizado una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente.
Los estudios seleccionados se identificaron a través de la búsqueda electrónica en las bases de datos bibliográficas (guías de práctica clínica National Guideline Clearinghouse, en las bases de datos de evidencia Trip Database y The Cochrane Library, seguido de las bases de datos PubMed, Scopus, Web of Science, ScienceDirect y Cuiden).
Incluidos como descriptores (DeCS-MeSH) de la búsqueda "circuncisión femenina", "mutilación femenina" o "female circumcision", "salud" o "health" y "enfermería" o "nursing".
La selección inicial se llevó a cabo mediante el análisis title/abstract/keywords, en todas las fuentes examinadas.

## 4 Resultados

En los últimos años se ha observado en nuestro país un aumento significativo de personas procedentes de los países donde se desarrolla la MGF, por lo que resulta imprescindible el desarrollo de la Enfermería Transcultural, adquirir las

competencias necesarias para facilitar la comunicación e incorporar la MGF en la entrevista clínica.
Esta práctica puede generar complicaciones importantes para la salud de la mujer a corto plazo, presentando dolor intenso, hemorragia, shock, tétanos, sepsis, retención urinaria, úlceras abiertas en el área genital y daños en los tejidos genitales adyacentes. A largo plazo, se podrían presentar infecciones recurrentes de vejiga y tracto urinario, quistes, esterilidad, mayor riesgo de complicaciones neonatales y muerte del recién nacido, así como la necesidad de intervenciones quirúrgicas adicionales.
El principal problema al que se enfrentan los sanitarios es el desconocimiento sobre el procedimiento y en qué consiste la técnica, así como la falta de conocimientos suficientes sobre los aspectos legales.
Por otra parte, las barreras de comunicación, debido a las dificultades del idioma y las diferencias culturales, son factores que obstaculizan la atención sanitaria de dichas mujeres. Se deben adquirir las habilidades necesarias para incorporar el tema de la MGF en las entrevistas clínicas realizadas durante las consultas sin que las mujeres se sientan prejuzgadas o agredidas, facilitando la fluidez en la comunicación tanto verbal como no verbal, empleando personal intérprete si fuera necesario.
La MGF es un problema cada vez más extenso, por lo que los planes de acción es necesario que vayan conjuntamente con campañas de educación y sensibilización para los profesionales de la salud que tienen contacto directo con las mujeres afectadas.
En España, algunas comunidades han empezado a desarrollar este tipo de planes de actuación contra esta problemática y han diseñado sus propios protocolos, como Cataluña o Aragón.

## 5 Discusión-Conclusión

La evidencia sugiere que los profesionales sanitarios son la clave fundamental para poder dar una solución a este problema, destacando la enfermería, siendo uno de los sectores más adecuado para llevar a cabo intervenciones en la comunidad y educar a dicha población.
Debido a la estratégica posición con la que cuentan los sanitarios, es necesario que médicos y enfermeras estén formados para saber abordar este problema de una forma exitosa y contribuir al objetivo común de erradicar esta práctica. En 1998, en la II Conferencia Europea sobre MGF, se solicitó que se incluyera el manejo de la mutilación genital en los planes de estudios de médicos y enfer-

meras. La realidad indica que, para una gran parte de ellos, la MGF sigue siendo un tema desconocido o lejano.
Si no se actúa de manera firme para detenerlo y continúa la tendencia actual, en la próxima década 30 millones de niñas serán mutiladas.

# 6 Bibliografía

1. UNICEF. Female Genital Mutilation/Cutting: A Global Concern [Internet]. UNICEF; 2016. Disponible en: https://www.unicef.org/media/files/FGMC_2016_brochure_final_UNICEF_SPREAD.pdf.
2. Plan Internacional. Más de 85 Millones de Niñas Pueden Sufrir Mutilación Genital Femenina Hasta 2030 [Internet]. 2016. Disponible en: https://plan-international.es/mas-de-85-millones-de-ninas-pueden-sufrir-mutilacion-genital-femenina-hasta-2030.
3. Jiménez Ruiz, Ismael; Almansa Martínez, Pilar; Pastor Bravo, María del Mar; Pina Roche, Florentina. Aproximación a la Ablación/Mutilación Genital Femenina (A/MGF) desde la Enfermería Transcultural. Una revisión bibliográfica (Murcia, España). Enfermería Global 2012; XI (28). Disponible en: http://www.scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1695-61412012000400022&script=sci_arttext.
4. García Bueno M´ P. Manual de prevención de la mutilación genital femenina: Buenas Prácticas. 2ª ed. Madrid: Confederación Nacional Mujeres en Igualdad; 2016.

5. Sanz Mulas N. Diversidad Cultural y Política Criminal: Estrategias para la lucha contra la mutilación genital femenina en Europa (especial referencia al caso español). RECPC [Internet]. 2014; 16-11(1). Disponible en: http://criminet.ugr.es/recpc/16/recpc16-11.pdf.
6. Escobedo Saiz M, Gómez Sánchez A. Mutilación Genital Femenina. ¿Estamos preparados los Profesionales de Enfermería? Nuberos Científica [Internet]. 2015; 2(16):47-52. Disponible en: http://nc.enfermeriacantabria.com/index.php/nc/article/view/130/125.

## Capítulo 8

# TÉCNICA Y MANEJO POR PARTE DE LA ENFERMERA DE LA VÍA INTRAÓSEA

FRANCISCO RODRIGUEZ GARCIA

JOSE MARIA MELLADO MOLINA

FRANCIISCO CAMACHO SÁCHEZ

CARLA EXPOSITO GONZALEZ

SILVIA NOVAS FERNANDEZ

## 1 Introducción

Como su propio nombre indica, la vía intraósea es un catéter que se inserta en la medula ósea, normalmente de la tibia, para tener acceso a extracción de sangre y administración de fármacos de una forma rápida y eficaz en situaciones de emergencias extrahospitalarias.

Se conoce, que un amplio número de profesionales de enfermería, presentan conocimientos deficientes sobre la técnica y manejo de la vía intraósea. Esto hace que el profesional no se sienta seguro a la hora de realizar dicha tarea, y deje de lado esta opción.

Esta técnica, esta, cobra su mayor importancia en situaciones de emergencias extrahospitalarias, donde la necesidad de tener canalizada un acceso al torrente sanguíneo es de vital importancia, y el intento de canalizar un acceso vascular se va a

demorar en el tiempo. Dichas situaciones son, por ejemplo, el caso de una parada cardiaca, shock, estatus epiléptico, grandes quemados, deshidratación, obesidad, pacientes atrapados, politraumatizados, etc.
Los dispositivos para la canalización de la vía intraósea, son pequeños y sencillos, lo que hacen que se conviertan en una alternativa a la vía periférica cómoda y con escasas complicaciones. Por esto se convierte en una opción a tener en cuenta por el personal de enfermería en los cuidados de pacientes en situaciones críticas.

## 2 Objetivos

Conocer cuál es la técnica y el manejo de la vía intraósea en situaciones de emergencias por parte del personal de enfermería.

## 3 Metodología

Se realizó una revisión bibliográfica sistemática consultando las bases de datos de Dialnet, Scielo y Pubmed. Seleccionando artículos de actualidad incluyendo artículos publicados en revistas sanitarias y en páginas web. Los criterios establecidos fueron: Estudios que detallen la técnica y el manejo a seguir en la vía intraósea, con acceso a texto completo y que aportaran datos empíricos. De un total de 20 artículos, fueron seleccionados 9. Se excluyeron artículos no escritos en inglés o español; usándose los descriptores boléanos "and" y "or": Vía intraósea, paciente crítico, emergencia, enfermería.

## 4 Resultados

Después de revisar los estudios seleccionados para esta revisión bibliográfica, nos encontramos en que coinciden que es una técnica segura y rápida para poder administrar drogas, toma de muestras analíticas, derivados sanguíneos, etc. Y que el personal de enfermería es un profesional con aptitudes para poder llevar a cabo esta técnica.
Antes de adentrarnos en la colocación del catéter, hay que tener en cuenta que es una medida de carácter temporal, ya que se lleva a cabo por la situación de emergencia en la que se encuentra el paciente, por lo que una vez esta situación haya mejorado y el paciente se encuentre en el hospital, se procederá al cambio, canalizando un acceso vascular de índole periférico o central.

El paciente se colocará en un lugar firme y de tal forma que se pueda acceder a la zona de punción elegida. El lugar de punción más adecuado es en la porción proximal y distal de la tibia en el caso de los adultos o niños mayores de 6 años. En los menores de 6 años, el lugar más adecuado es en la parte proximal de la tibia, más concretamente en la superficie plana antero-interna de la tibia. Es una técnica estéril, por lo que seguiremos todas las recomendaciones para asegurar dicha esterilidad. Se elige el tamaño de la aguja y se coloca en la zona de punción con un ángulo de 90º en relación con el hueso. Finalmente, fijar con un apósito estéril transparente.

Este tipo de vía permite la administración de líquidos, electrolitos y fármacos comparables a la vía venosa, además de extracción de muestras con fines de estudios en laboratorio. No se debe de administrar en huesos fracturados para pasar volúmenes, aunque sí para administrar analgesia.

Como en cualquier procedimiento, existen complicaciones, pero en el caso de la vía intraósea son escasos, por lo que se valora coste riesgo beneficio. Algunos de ellos son Celulitis u osteomielitis en el sitio de inserción y Osteogénesis imperfecta.

## 5 Discusión-Conclusión

Al ser una práctica que se realiza en situaciones de emergencia y como opción, tras identificar que la canalización de la vía periférica va a demorarse en el tiempo, hace que sea una técnica poco practicada por los profesional, por lo que es preciso que los enfermeros que se dediquen a cuidados del paciente en situaciones críticas, se formen y reciban cada cierto tiempo talleres sobre la canalización de la vía intraósea (IO). Se ha demostrado que, bien realizada, es una técnica fácil, rápida y segura. Además, las recomendaciones más actualizadas consideran que la vía intraósea sea considerada como segunda opción después de la vía periférica y antes de la vía endotraqueal.

## 6 Bibliografía

1. Rodríguez F. La vía intraósea ¿Cuánto sabes de ella?. Hablemos de enfermería. 2015 Nov.

2. Cañada L. El uso de la vía intraósea en las emergencias. Facultad ciencias de la Salud Jaén. Mayo 2014.

## Capítulo 9

# ENFERMERÍA Y SUS CUIDADOS AL PACIENTE PEDIÁTRICO CON CONVULSIÓN FEBRIL

FRANCISCO RODRIGUEZ GARCIA

JOSE MARIA MELLADO MOLINA

FRANCIISCO CAMACHO SÁCHEZ

CARLA EXPOSITO GONZALEZ

SILVIA NOVAS FERNANDEZ

## 1 Introducción

Uno de los problemas que se dan con mayor asiduidad en las urgencias pediátricas son las convulsiones febriles. Conllevan entre el 2-5 % de la práctica neurológica pediátrica y suponen un gran estrés para padres y familiares. Se les debe de explicar que estas convulsiones en la gran mayoría de los casos son benignas y únicamente se debe de buscar la causa de la fiebre. Los diferentes tipos de convulsiones febriles son:
Crisis convulsivas febriles típicas o simples.
Son las más comunes, entre el 70-80 % de las convulsiones febriles son por esta causa. Se caracterizan por que se dan siempre con fiebre del niño (es su causa) debido a una infección extracerebral, el niño no tiene antecedentes neurológicos de interés. La duración del episodio es inferior a 15 minutos y no vuelve a darse en,

al menos, 24 horas tras el episodio. Las crisis pueden ser tónico-clónicas, tónicas o atónicas generalizadas.
Crisis convulsivas febriles atípicas o complejas.
Son menos comunes que las anteriores y suponen entre el 20-30 % de las convulsiones en pacientes pediátricos. La mayor diferencia con las anteriores es que aunque se presentan en niños con fiebre la causa de la convulsión es otra. Normalmente se da en niños que con anterioridad presentaban un desarrollo anormal o en que la fiebre desenmascara algún problema crónico. Sus características son las siguientes; duración superior a 15 minutos, se repiten en las próximas 24 horas, las convulsiones son focales y, además, presentan alteraciones neurológicas tras la recuperación de la convulsión (periodo postictal).

## 2 Objetivos

Conocer los diferentes cuidados de enfermería que se deben de aplicar a los pacientes pediátricos cuando sufren convulsiones en general y las consideraciones específicas que tienen dichos cuidados en los pacientes con convulsiones febriles.

## 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 enfermeros a la llegada a urgencias son:
- Valoración de enfermería: se hará una recogida de datos que nos informe de la forma mas precisa posible el episodio. Se pedirá información sobre: las características de la crisis, si existió aura y en caso afirmativo cómo fue, nivel de consciencia, como fueron las convulsiones, tiempo de las mismas, si se acompañó de otros síntomas (relajación de esfínteres, mordedura de lengua, etc.).
- Cuidados preventivos ante una nueva crisis: Vigilancia estrecha del paciente, mantener al paciente tranquilo y relajado (reducir al mínimo los estímulos), evitar estrés del paciente intentando realizar la mínima manipulación posible, mantener

una temperatura adecuada de la sala y situar al paciente lejos de posibles objetos lesivos en caso de nueva crisis.

- Cuidados enfermeros durante una crisis: Durante la crisis valorar nivel de consciencia del paciente (utilizando escala Glasgow), tras el episodio valorar otros signos como parte del cuerpo afectada, tiempo de la crisis, etc.

Además, durante la crisis debemos evitar que el paciente se lesione con objetos, administraremos tratamiento, debemos mantener la permeabilidad de la vía aérea, poner el O2 necesario y evitar broncoaspiraciones en caso de que vomite.
Inmediatamente después de la crisis, se debe de seguir manteniendo la vía aérea permeable (colocar Guedel), administrar el O2 necesario y en el caso de convulsiones febriles controlar la temperatura corporal con antitérmicos.
Las actividades que debemos realizar son las siguientes: Colocar al paciente en posición lateral de seguridad, administrar O2 necesario, evitar broncoaspiraciones, aflojar ropa, administrar diazepam rectal según preinscripción, reorientar al paciente cuando se recupere hablándole con calma y tranquilizándole, facilitar descanso tras episodio y alimentar al paciente si es necesario mediante sonda nasogástrica (SNG).

- Cuidados enfermeros específicos en caso de convulsión febril: Para evitar que esta crisis se repita, se debe de controlar la temperatura corporal, evitando que haga fiebre (administrar antipiréticos si precisa), si se observa signos de infección comunicar al medico responsable.
- Cuidados específicos en caso de status epiléptico: monitorización del paciente, garantizar permeabilidad de vía aérea administrando el 02 necesario y se debe de tener preparado un kit de intubación por si fuera necesario utilizarlo. Extraer analítica si el médico responsable lo considera y administrar diazepam según preinscripción. Corregir en el caso que hubiera hipoglucemias y acidosis metabólica. En el caso que el médico considerará necesario se hará traslado a UCI pediátrica.
- Recomendaciones al alta: explicar a la familia la importancia de la correcta toma del tratamiento, así como, del correcto control de los factores que desencadenan la crisis (fiebre). En el caso de que se fuera a casa con tratamiento anticomicial continuo se explicará a la familia que se le deberá de realizar un control de los niveles del fármaco en la paciente.

Se indicará, además, cómo proceder en caso de nueva crisis, cómo deben de administrar la medicación, posición en la que deben de colocar al paciente durante la crisis, protegerlo de posibles lesiones durante la crisis e indicar en qué momento deben llevar al paciente al hospital o llamar a emergencias.
Por último, se enseñará a los familiares hábitos de vida saludables para el paciente

(nutrición adecuada, descanso suficiente, evitar riesgos (deportes de riesgo o bebidas estimulantes).

## 5 Discusión-Conclusión

Es muy importante por parte de enfermería conocer bien como actuar correctamente ante esta patología (relativamente frecuente), las posibles complicaciones de la misma, así como, los factores desencadenantes de las crisis para poder trabajar de una manera eficiente y evitar daños sobreañadidos a estos pacientes.
Además, estas crisis generan una gran angustia a los familiares de quien la padece.
Es importantísimo una buena educación sanitaria, ya que en la gran mayoría de los casos los familiares son los primeros que actúan ante una crisis, debiendo saber como actuar correctamente. Además en la gran mayoría de los casos deben de convivir con estas crisis. Por este motivo, una buena educación sanitaria evitará en gran medida la angustia generada por esta patología.

## 6 Bibliografía

1. Rodríguez Quesada E, Alonso Villameytide I, García Mallorga A, y otros. Guía práctica de intervenciones enfermeras de urgencias. FUDEN. ISBN. 978-84-17034-45-0. Edición actualizada febr. 2019. pag: 139-150.
2. Protocolos de GIDEP (Grupo Interdisciplinar de Emergencias Pediátricas de Osakidetza). GIDEP_26_Laringitis_V2_2017_06_28.

## Capítulo 10

# MANEJO POR PARTE DE ENFERMERÍA DE LOS DISPOSITIVOS MÁS UTILIZADOS EN URGENCIAS EXTRAHOSPITALARIAS

FRANCISCO RODRIGUEZ GARCIA

JOSE MARIA MELLADO MOLINA

FRANCIISCO CAMACHO SÁCHEZ

CARLA EXPOSITO GONZALEZ

SILVIA NOVAS FERNANDEZ

## 1 Introducción

En una situación de urgencia o emergencia es de vital importancia establecer un acceso vascular para el tratamiento del paciente crítico. En muchas ocasiones, la vía periférica resulta difícil o imposible de canalizar, sobre todo en medio extrahospitalario, retrasando la instauración del tratamiento que puede resultar vital para el paciente. Es en estos casos donde cobra importancia la vía intraósea (IO). Los primeros estudios sobre la IO datan de 1922, donde Drinker y Doan la definen como una "vena no colapsable" y se comienza a utilizar para transfusiones sanguíneas. Años más tarde, hacia los años 40, se empieza a utilizar para administración de fármacos y fluidos. Ha ido evolucionando hasta la actualidad, estando

recomendada por la AHA (American Heart Association), por los protocolos de ATLS (Advanced Trauma Life Support), por la PALS (Pediatric Advanced Life Support) y por la ERC (European Resuscitation Council) como segunda opción tras la vía venosa periférica en casos de riesgo vital.
Su utilización se basa en el hecho de que los fármacos y fluidos administrados por vía IO pasan a la circulación general a una velocidad similar a como lo harían por cualquier vena periférica, con la particularidad de que no se colapsa ni en situación de PCR (parado cardio-respiratoria). Hay que tener en cuenta que es una vía de urgencia de carácter temporal, por lo que no debe estar insertada más de 24 horas. Esto hace que la vía IO tenga muy pocas complicaciones. Además, no la podemos colocar en un hueso fracturado, en el que se haya intentado colocar una IO previamente y en las extremidades inferiores en pacientes con un traumatismo abdominal grave.

## 2 Objetivos

- Describir las zonas anatómicas de inserción más habituales de la vía intraósea.
- Conocer el manejo de los dispositivos intraóseos más utilizados en urgencias extrahospitalarias.

## 3 Metodología

Este trabajo se basa en una revisión bibliográfica de la literatura científica existente sobre el tema. Para ello, se ha realizado una búsqueda en diferentes bases de datos científicas: Dialnet, Scielo y en el buscador Google Académico. Las palabras claves utilizadas han sido: "vía intraósea", "dispositivos intraóseos", "paciente crítico", "emergencias" y "enfermería extrahospitalaria". La totalidad de artículos han sido en español, con acceso al texto completo y publicados entre 2009-2019. Del total de publicaciones se seleccionan 15.

## 4 Resultados

Lugares de punción.
- En neonatos y niños menores de 6 años:
Tibia proximal: 1-3 cm por debajo de la tuberosidad tibial, en la cara anterointerna de la línea media (el más habitual).
Fémur distal: 2-3 cm por encima del cóndilo externo.

Tibia distal: en el maléolo interno como externo.
Otros lugares alternativos: cresta ilíaca, cara posterior de la metáfisis del radio, cara anterior de la cabeza humeral y epífisis proximal de húmero.
- En niños mayores de 6 años y adultos:
Tibia proximal.
Tibia distal: 1-2 cm por encima del maléolo interno. También puede utilizarse el maléolo externo (el más frecuente).
Otras localizaciones menos frecuentes: cresta ilíaca, calcáneo, metáfisis distal del radio, cabeza humeral, radio y cúbito distal.
Técnica de los dispositivos intraóseos más utilizados en urgencias extrahospitalarias.
Atendiendo al tipo de colocación, podemos distinguir 3 grupos de dispositivos:
- Dispositivos manuales: son los de menor coste económico, aunque los más complicados de utilizar. Dentro de este grupo, existen diferentes modelos. Uno de los más utilizados en la urgencia extrahospitalaria es la aguja tipo COOK. Se sujeta con la palma de la mano dominante y entre los dedos y se avanza presionando en el punto elegido con un movimiento giratorio hasta superar la resistencia del periostio. La aguja tiene una marca que sugiere profundidad.
- Dispositivos de colocación mediante disparo (no esternal): dentro de este grupo, el BIG (Bone Injection Gun) es el más representativo. Es de un solo uso, rápido y con menos complicaciones que otros dispositivos. Presenta una técnica sencilla. Hay que regular el dispositivo según profundidad, retirar el seguro y disparar con el sentido de la flecha hacia el punto de punción. Existen 2 modelos: para adultos (azul) y pediátrico hasta 12 años (rojo).
- Taladro: EZ-IO: este dispositivo es el más actual. Es un taladro al que se conecta una aguja-broca. El taladro tiene un elevado coste, aunque es reutilizable. Tiene una mínima dificultad en su aplicación con una alta tasa de éxito de inserción.
Para su manejo se procede a elegir el tamaño de la aguja-broca (rosa: pediatría, azul: adultos y amarillo: obesos) e insertarlo con el taladro activándolo mediante el gatillo.
Independientemente del dispositivo que se vaya a utilizar, hay que tener en cuenta varias cuestiones importantes en relación con una vía intraósea. Una de ellas es que, si el paciente está consciente, se anestesia localmente el sitio elegido previa inserción. Para asegurar la llegada de la medicación a la circulación sistémica hay que administrar seguido, por lo menos, 5 ml de suero fisiológico. Además, el dolor asociado a la infusión se puede tratar con la administración de lidocaína.
Y, por último, para evitar la lentitud de entrada de la fluido terapia, se coloca un

esfigmomanómetro alrededor del suero.

## 5 Discusión-Conclusión

La vía intraósea es la segunda opción tras la vía periférica en situaciones de riesgo vital. Se puede implantar en cualquier hueso que contenga médula ósea, aunque los más asequibles al estar la piel adherida al periostio y sin presencia de grasa intermedia, y, por ende, los más utilizados, son la meseta tibial (en menores de 6 años) y la tibia distal (en mayores de 6 años). Además, al ser los dispositivos sencillos en su manejo, la vía intraósea se convierte en una vía rápida, fácil, eficaz y con escasas complicaciones. Es por todo esto que la enfermería extrahospitalaria, fundamentalmente, debería tener acceso a dichos materiales y estar adecuadamente entrenada sobre la técnica con diferentes dispositivos.

## 6 Bibliografía

1. López Sánchez O, Caballero Guerrero MJ, Osuna Expósito RM. Guía de actuación enfermera en inserción de vía intraósea en el paciente crítico. HYGIA. 2017; 94:27-29.
2. García Santa Basilia N, Cepeda Diez JM. Vía intraósea en enfermería de emergencias. Revista Enfermería CyL. 2009;1:48-56.
3. Arraiza Gulina N, Laparte Campo I, Celaya Calvo I. La vía intraósea en el paciente politraumatizado. PULSO. 2019;98:26-29.
4. Villena Esteo O. La vía intraósea en situaciones de emergencia: análisis en el medio extrahospitalario. Emergencias. 2012; 24:44-46.
5. Onrubia Calvo S, Carpio Coloma A, Hidalgo Murillo A, Lago Díaz N, Muñoz Kaltzakorta G, Periañez Serna I. Vía intraósea, alternativa a la vía periférica. Nubera Científica. 2012; 1(6): 24-29.
6. Míguez Burgos A, Muñoz Simarro D, Tello Pérez S. Una alternativa poco habitual: la vía intraósea. Enfermería Global. 2011; 24:171-179.
7. Rodríguez Fernández M, Barrera Moreno C, Pérez Alcolado B, Palomino Santos EI. Vía intraósea, ¿Qué sabemos de ella? Enfermería Ciudad Real, diciembre 2016. (Acceso 5 agosto de 2019). Disponible en: https://www.enfermeriadeciudadreal.com/via-intraosea-que-sabemos-de-ella-579.htm.

## Capítulo 11

# CUIDADOS BÁSICOS DE UN CATÉTER VENOSO CENTRAL POR LA ENFERMERA

ANA MARIA CARRETERO FERNANDEZ

HÉCTOR LÓPEZ PERAL

SERGIO LOPEZ MORCILLO

MERCEDES GARCÍA GARCÍA

JAVIER GARCIA JATIVA

## 1 Introducción

Uno de los miles de cuidados de la enfermería es el de realizar una canalización de un catéter venoso para poder administrarle a el paciente el tratamiento pautado por el facultativo intravenoso. Con ello conseguiremos hidratar, control del dolor, administra antibióticos entre otros.

Pero existen casos en que la dificultad para poder canalizar una vía periférica o el diagnostico del paciente e incluso el uso abundante de una via da lugar a que el anestesista realice la inserción de un catéter venoso central.

La canalización de una vía venosa central es un procedimiento muy común en el área quirúrgica y en las unidades de cuidados intensivos (UCIs) tanto de pacientes adultos como pediátrico.

Desde el año 1945 (en el cual se canalizó la primera vía central), el uso de estas vías se ha incrementado considerablemente. Los primeros catéteres tunelizados aparecieron en 1970; y diez años más tarde (1980) se desarrollaron los reservorios subcutáneos. Como consecuencia, las complicaciones asociadas a ellos también han aumentado.

Es muy importante el cuidado estéril de estos catéteres ya que son muy susceptibles a las infecciones bacterianas, o nosocomiales.

Enfermería debe conocer esta técnica para poder realizar unos cuidados básicos en cuanto al catéter venoso central y poder comprobar si esta correctamente funcionando o no.

## 2 Objetivos

Describir que tipo de cuidados básicos o actuaciones debe llevar a cabo la enfermera a la hora de realizar cuidados necesarios para el correcto funcionamiento de esta.

## 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 los cuidados básicos a la hora de realizar un uso de un catéter venoso central. Conocimiento de signos y síntomas de los profesionales sanitarios sobre el tema a tratar. Las bases de datos consultadas han sido Medline, Scielo y Cochrane Library.

Palabras clave: catéter, infección, exudado, cuidados y formación.

## 4 Resultados

Cuidados necesarios de la enfermería:
- La enfermera puede encontrar complicaciones como embolia gaseosa, lo cual deberá revisar que el catéter no este clampado por ningún lado y que este obstruido el flujo de la sueroterapia. Que nos va a generar esto un retraso en la infusión de los sueros y como consecuencia una retención de líquidos a nivel vascular.

- Otra complicación es la desconexión retirada accidental de el suero, por ello deberá revisar en el momento de conectar algún equipo de suero, antibiótico etc.

- Puede incluso llegar a realizar un neumotórax en el momento que se está colocando el catéter con lo cual la enfermera tendrá que tratar como un paciente respiratorio a la vez. Tendrá que revisar que no presente disnea, taquicardia, hipotensión, dolor, etc.

- Enfermería tendrá que saber y estar formada para poder manejar el catéter venoso central con lo cual toda técnica que realizará con este catéter tendrá que estar con técnica estéril, guantes, campo, instrumentos estériles.

- En caso de observar infección en la inserción del catéter, enrojecimiento alrededor o endurecimiento tendrá que parar las soluciones, sueros o cualquier fórmula que este administrando por esa vía y avisar a el facultativo de lo que está ocurriendo.

- En el caso de que si que este infectado el catéter se retirara por orden facultativa y se mandara a cultivar la punta del catéter para comprobar que bacteria o virus ha generado esa infección.

- El paciente se va a mover realizar algún movimiento que también puede bloquear u obstruir el catéter con lo cual la enfermera procurara asegurar la correcta sujeción para evitar la retirada accidental de esta.

## 5 Discusión-Conclusión

El catéter venoso central es algo que se utiliza en la actualidad como se ha comentado continuamente por la ventaja para que el paciente no le tengan que canalizar vías sin cesar y para el profesional para poder manejar varios sueros, nutrición a la vez aunque sea por diferente luz.

Es importante como se ha comentado en nuestros resultados que se observe cualquier síntoma o signo que nos indique que el catéter puede estar infectado, ocluido, obstruido, etc.

Enfermería debe estar familiarizada con esta técnica para poder manejar el catéter ya que en caso contrario podrá incluso provocar una complicación a nivel del catéter.

# 6 Bibliografía

1. Epidemiología de las infecciones intrahospitalarias por el uso de catéteres venosos centrales. Sandoval M, Guevara A, Torres K, Viloria V.2013 (20).
2. Carrión J, Serrano S, Quiroz S. Prevalencia de infección en pacientes con catéter venoso central. Rev Med HJCA. 2013; 5(2):120-124.
3. Rivast R. Complicaciones mecánicas de los accesos venosos centrales. Rev Med-Clin Condes. 2011; 22(3):350-360.

## Capítulo 12

# PREPARACION Y CUIDADOS DE ENFERMERIA PARA PACIENTE ENCAMADO QUE SE VA A SOMETER A UNA CPRE

ANA MARIA CARRETERO FERNANDEZ

HÉCTOR LÓPEZ PERAL

SERGIO LOPEZ MORCILLO

MERCEDES GARCÍA GARCÍA

JAVIER GARCIA JATIVA

## 1 Introducción

La importancia de que la persona que realice el trabajo en endoscopias se encuentre especializado y formado para esta labor es imprescindible. Puesto que son técnicas y pruebas diagnósticas complejas.

Cuando hablamos de endoscopia nos estamos refiriendo a una técnica diagnostica, la cual permite explorar cavidades y conductos internos del cuerpo mediante la introducción de una sonda flexible con una pequeña cámara y una luz en su extremo, a través de un orificio natural o un pequeño corte. La endoscopia se puede utilizar para diagnosticar enfermedades o de forma terapéutica, y permite

realizar técnicas mínimamente invasivas que antes requerían intervenciones más agresivas como la cirugía.

En nuestro trabajo hablamos de CPRE que es la prueba de colangiopancreatografía, la cual es una técnica que se combina con radiología y endoscopia. La mayoría de los pacientes que se someten a esta prueba son con una patología biliar. Esto quiere decir que muchos tienen incluso las vías biliares obstruidas y mediante esta prueba se le realiza no solo la observación sino el implante incluso de algún stent para evitar que se vuelva a obstruir y se cierre esa vía biliar.

Son pacientes que acuden ambulatoriamente si no tienen ningún problema de salud o patología grave o en caso de que este tenga algún problema o que pueda preverse una complicación, se realizara el ingreso hospitalario para la preparación de esta prueba.

## 2 Objetivos

- Determinar qué tipo de cuidados de enfermería va a necesitar un paciente ante la realización endoscópica de una CPRE.
- Describir posibles complicaciones tras realizar una CPRE.

## 3 Metodología

Realizamos una búsqueda bibliográfica sobre publicaciones en internet, la cual nos llevó a bases de datos en las que aparecían textos que valoraban los cuidados necesarios para realizar una correcta preparación para la CPRE. Las bases de datos consultadas han sido Medline, Scielo y Cochrane Library.

Las palabras clave: biliar, endoscopia, formación y dieta.

## 4 Resultados

En nuestra revisión hemos podido documentar que tipo de preparación y cuidados puede ofrecer enfermerías anteriores a la realización de una CPRE.
- En el momento que el facultativo pauta realización de CPRE, enfermería se dedicara a explicar el procedimiento al paciente.
- El primer cuidado que enfermería va a realizar con este paciente es el de entregarle un día en la que se documentara con palabras que este pueda entender.

- En esta guía tendrá el concepto de la prueba que se le va a realizar, y por supuesto la preparación anterior. En primer momento el paciente tendrá que estar los 3 primeros días en dieta sin residuos y a continuación líquida para el día de la prueba estar en absoluta. En el momento que llegue a realizar la prueba, enfermería canalizara una vía periférica y le colocara la sedación adecuada pautada por el medico de endoscopia.
- Se monitorizará en todo momento al paciente para controlar las constantes vitales.
- Al finalizar la prueba, el paciente tendrá que estar a reposo y seguirá monitorizado. No se podrá ir a casa hasta desbloqueo motor de las extremidades y recuperación de la consciencia.
- Las complicaciones que pueden llegar a aparecer son perforación porque la técnica es invasiva e incluso recorre las vías biliares, con lo cual en algunas ocasiones mediante la técnica se realiza la extracción de una biopsia o se coloca un stent, en este procedimiento es donde puede llegar a ocurrir.
- Otra posible complicación puede ser la de pancreatitis porque realmente están realizando la técnica en los conductos biliares y en todo el sistema porta.
- En caso de complicación durante el procedimiento se le realizará un ingreso hospitalario para paliar o realizar la curación de este efecto secundario.

## 5 Discusión-Conclusión

La CPRE es una técnica agresiva, invasiva que necesita una preparación estricta, como se ha podido observar, con lo cual es muy importante la técnica, el conocimiento y por supuesto los cuidados anteriores y posteriores a esta.

Enfermería ocupa un lugar en su realización muy importante, ya que es quien estará mas pendiente de los signos vitales y continuamente observan al paciente y de esta forma se anticipará a cualquier problema o complicación que pueda surgir durante el procedimiento.

Como se ha podido comprobar el entendimiento de qué tipo de preparación realizara el paciente en su domicilio en caso de que esta sea ambulatoria, es imprescindible.

# 6 Bibliografía

1. Frías F, Sarabia A, Lorenzo S, Pérez-Miranda M. Colangiopancreatografia Retrograda Endoscopica (CPRE). Revista [Internet]]; 1-22.
2. Picazos A, Elorri A, Hurtado C. Papel de Enfermería en la endoscopia terapéutica. Enferm Endosc Dig [Internet]. 2016; 3 (2): 38-44.
3. Rivas N, De la Torre E, Pascual MM, García MJ, Martín MT, Molinero I. Función asistencial de la enfermera/o durante la realización de CPRE: Control.
4. De la sedación profunda. Enfermería Endoscópica Digestiva [Internet]. 2016; 3 (1) :3-10.

## Capítulo 13

# CUIDADOS BASICOS DE ENFERMERIA EN PACIENTES QUE PRESENTAN UNA DISTROFIA MUSCULAR.

ANA MARIA CARRETERO FERNANDEZ

HÉCTOR LÓPEZ PERAL

SERGIO LOPEZ MORCILLO

MERCEDES GARCÍA GARCÍA

JAVIER GARCIA JATIVA

## 1 Introducción

La enfermería es el profesional que administra cuidados básicos según la patología del paciente. Para ello siempre debe de leer lo importante o más básico del diagnóstico del paciente en su historia clínica para poder llevar a cabo estos cuidados.

Cuando se habla de enfermedades neuromusculares, ya estamos dando por verdadero que su patología va a necesitar cuidados en cuanto a la autonomía, movilidad, etc.

Su etiología generalmente se centra en que puede, ser degenerativa, genética, inmunomediada, metabólica, carencial, infecciosa o tóxica. Comparten una serie de características generales que hacen que la orientación clínica, sus necesidades

asistenciales y las técnicas utilizadas para su diagnóstico sean comunes a todas ellas.

La distrofia muscular se puede definir como un grupo de enfermedades que provocan debilidad progresiva y pérdida de la masa muscular. En la distrofia muscular, genes anormales (mutaciones) interfieren en la producción de proteínas necesarias para formar músculos saludables. Existen muchos tipos de distrofia muscular. Generalmente, los signos o síntomas comienzan en la infancia, por lo que es muy importante realizar las valoraciones infantiles tanto con el facultativo como con enfermería para poder valorar si el niño está en el percentil normal o existe algún síntoma o signo de alarma. Para poder realizar las actuaciones pertinentes.

## 2 Objetivos

Describir los cuidados básicos o necesarios para la calidad de vida del paciente que está diagnosticado con la patología de distrofia muscular.

## 3 Metodología

Realizamos una búsqueda bibliográfica sobre publicaciones en internet, la cual nos llevó a bases de datos en las que aparecían textos que valoraban que cuidados serán los adecuados para poder ayudar al paciente que tiene distrofia muscular. Las bases de datos consultadas han sido Medline, Scielo y Cochrane Library.

Palabras clave: enfermería, distrofia, neurología y cuidados.

## 4 Resultados

- En nuestra revisión bibliográfica hemos podido incluir artículos que nos indican cuáles son los cuidados principales, fundamentales, básicos de enfermería ante un paciente con una distrofia muscular.

- Lo primero se realizará una valoración de enfermería en la que incluirá, datos como nivel de conocimientos referentes a este tipo de patología, tanto el paciente como el cuidador principal si existe. Que descanso o sueño tiene. Estado nutricional, hidratación. síntomas que pueda estar padeciendo, disfagia, odinofagia, perdida de fuerza, deterioro cognitivo, etc.

- El cuidado básico de educación sanitaria por parte de la enfermería es algo importante, ya que el paciente ante una deficiencia de conocimientos o su familiar no sabrá reaccionar ante urgencias en el estado del paciente, etc. Se enseñará al paciente a convivir con su patología, a nivel psicológico y emocional.

- Se debe de comentar que en esta patología las caídas pueden ser muy frecuentes ante la debilidad generalizada o perdida de fuerza muscular. Con lo cual sería adecuado adaptar el domicilio con la retirada de algunos obstáculos, alfombras, mesas, etc.; que puedan generar más fácilmente las caídas del paciente.

- Otro cuidado básico y elementar que debe realizar enfermería con estos pacientes es la comprobación de la saturación y respiración correcta, ya que en la debilidad progresiva puede afectar los músculos asociados con la respiración. Las personas con distrofia muscular, con el tiempo, pueden necesitar usar un dispositivo de asistencia respiratoria (respirador), en principio por la noche, pero posiblemente también durante el día.

- También en el ámbito de la alimentación evitar alimentos que puedan llegar a proporcionar una broncoaspiración debido a la disfagia producida por la debilidad de los músculos faríngeos.

- Estas personas deben ser controladas durante toda su vida debida a su degeneración diaria de su anatomía. Controles respiratorios, ejercicios físicos para evitar un síndrome de desuso.

## 5 Discusión-Conclusión

Se ha podido observar que la patología de distrofia muscular es algo que debe llevar un control estricto en el que sobre todo respiratorio. Con ello evitaríamos, como se ha comentado en nuestros resultados posibles bronco aspirativos a nivel incluso neumonía.

Es un tema complicado que para el paciente y su familia cuesta asimilar debido a que su calidad de vida está supeditada siempre a un cuidador, o un familiar.

Se ha empleado un lenguaje básico, comprensible, debido a que cualquier profesional sanitario pueda llegar a ver u observar cuáles son los principales cuidados de enfermería a pacientes con la patología de distrofia muscular.

# 6 Bibliografía

1. Plan de atención para las personas con enfermedades neuromusculares en Aragón. Servicio Aragonés de Salud (SALUD) 2020.
2. Rodríguez de Rivera F.J. Oreja Guevara C. Sanz Gallego I. San José Valiente B. Santiago Recuerda A. Gómez Mendieta MA. Arpa J. Díez Tejedor E. Evolución de pacientes con esclerosis lateral amiotrófica atendidos en una unidad multidisciplinar. Sociedad española de Neurología. 2011;8(26) 455-460.

## Capítulo 14

# SEDACIÓN PALIATIVA EN LA ANGUSTIA VITAL

ANIANA GONZÁLEZ ORTEGA

MARÍA HIDALGO SÁNCHEZ

MARÍA MARÍN SABARIEGO

## 1 Introducción

Los cuidados paliativos fueron definidos por la Organización Mundial de la Salud (OMS) como unas técnicas orientadas a mejorar la calidad de vida del paciente y familiares, paliando a los problemas surgidos por la propia enfermedad y que actúa desde la prevención y descanso del sufrimiento, identificándolo de forma física, psicológico, social y espiritual.

Los pacientes paliativos sufren de grandes cambios en su vida, incluso el fin de ella misma, que provocan unas necesidades espirituales. Las necesidades existenciales guardan relación con el sentido de la vida y existencia humana (Mellquist, 2017).

Dentro de los cuidados paliativos la sedación es una técnica bastante utilizada, para controlar síntomas al que no se ha podido llegar a controlar con dosis aceptadas. Este método es utilizado como último recurso sin intención de provocar o adelantar la muerte del paciente. El objetivo de la sedación paliativa es poder llegar a un estado de disminución o pérdida de consciencia que palie esa agonía que sufre el paciente (Covarrubias, et.al., 2019).

La Sociedad Española de Cuidados Paliativos (SECPAL) define la sedación paliativa como una mezcla de medicación necesaria para disminuir la conciencia del

paciente paliativo como objetivo aliviar uno o más síntomas refractarios.
Los síntomas refractarios son aquellos que no se han podido controlar a pesar de los esfuerzos terapéuticos que no comprometen al nivel de consciencia, entre ellos podemos encontrar la angustia psicológica (Carreño, et.al., 2022).

## 2 Objetivos

Objetivo principal:
- Identificar la angustia vital y abordar la sedación paliativa.

Objetivos secundarios:
- Poder realizar una definición de angustia vital y/o sus características.
- Definir la sedación paliativa.

## 3 Metodología

La metodología de esta investigación se basa en una revisión bibliográfica sobre la sedación paliativa como tratamiento para la angustia vital. Para poder llevar a cabo esta revisión se han utilizado las bases de datos de Scielo y Google Académico.
Los descriptores utilizados son:
- Sedación paliativa.
- Angustia vital.
- Sufrimiento existencial.
- Síntomas refractarios.

Los términos han sido vinculados mediante booleanos AND y OR. Para la búsqueda principal se utilizó los dos primeros términos y el booleano AND.
Para la revisión se seleccionaron aquellos artículos que fueran publicados en los últimos cinco años (2017-2022), con prevalencia en los actualizados y todos aquellos artículos que fueran del ámbito sanitario. Se excluyeron aquellos artículos de diferente idioma al español.

## 4 Resultados

La sedación paliativa está indicada para aquellos pacientes, ya sean adultos o niños, tengan un síntoma refractario. La sedación es utilizada con mayor proporción para tratar síntomas físicos como puede ser el dolor, agitación o convul-

siones; pero también es muy útil para tratar aquellos síntomas psicológicos como por ejemplo angustia, ansiedad o desesperanza (Carreño, et.al., 2022).
Los pacientes paliativos que están en su etapa final de la vida tienen que lidiar con varios síntomas que conlleva un sufrimiento intenso. Mayormente se les ha dado más importancia a los físicos que psicológicos, sin embargo, uno de cada cuatro pacientes presenta un síntoma refractario psicológico que llega hacer intolerable para el paciente.
La angustia vital es un concepto no definido universalmente ni de forma aclaratoria, además de no estar unificada. Una definición aproximada podría ser el sentimiento de la carencia de sentido de la vida o la propia existencia vacía (Picco, et.al., 2018).
Aunque no existe una definición conceptuada, es importante ser empático ante las expresiones de sufrimiento de los pacientes y familiares ya que determina la calidad de vida. Esta empatía nos acerca a conocer mejor las necesidades de este tipo de pacientes (Viel, 2019).
La angustia vital está caracterizada por una serie de componentes esenciales:
- Percepción de miedo ante la muerte.
- Falta de control sobre la enfermedad.
- Deterioro de la calidad de vida.
- Reacciones emocionales negativas.
- Aislamiento social.
- Sentimientos de desesperanza.
- Duda sobre su dignidad personal.
- Perdida sobre el sentido de la vida (Carcía, et.al., 2018).

Para poder administrar la sedación paliativa es necesario el consentimiento del paciente o de los familiares, debemos respetar la autonomía del paciente siempre que sea consciente de todo el proceso. El paciente es el encargado de decidir con la información proporcionada por el equipo sanitario, donde hablaremos de los beneficios y riesgos, sí desea recibir esa sedación.
Las recomendaciones por la sociedad médica oncológica de Europa se centran en la evaluación del paciente y su síntoma de angustia vital, tanto psicológicamente como físicamente y preferentemente por un profesional con experiencia y conocimiento. Es necesario evaluar antes la situación global del paciente para saber si está jugando un papel importante factores reversibles que puedan ser tratados sin necesidad de una sedación paliativa (Carreño, et.al., 2022).
La evaluación de la sedación se realizada utilizando la escala de Ramsay, para poder valorar el nivel de consciencia que se desea obtener. En la sedación paliativa se intenta mantener al paciente en los niveles más altos de esta escala (5-6)

(Acedo, et.al., 2021).

## 5 Discusión-Conclusión

En nuestra sociedad existe una demanda importante de aumentar la calidad de vida y de poder tener una muerte digna, que evite ese sufrimiento en la agonía vital, por eso es muy importante la sedación paliativa.
La sedación paliativa es una técnica utilizada como ultimo recurso tras haber intentado todas las medidas terapéuticas puestas en nuestras manos, lo que provoca en el equipo sanitario una sensación de fracaso.
Es necesario que el equipo sanitario esté preparado de forma psicológica ante este tipo de pacientes para poder transmitirle empatía y compasión de forma que sea más sencillo evaluar ese sufrimiento vital.
La angustia existencial y espiritual se podría destacar como el sufrimiento más devastador para los pacientes en su etapa final de la vida, sin embargo, sigue siendo un área poco investigada y desarrollada que destaca por la ausencia de formación dentro de los profesionales.

## 6 Bibliografía

1. Acedo Claro, C., & Rodríguez Martín, B. (2021). Sedación paliativa. Revista Clínica de Medicina de Familia, 14(2), 93-97.
2. Carreño, V. Q., Vásquez, C. M., & Insignares, C. A. (2022). Sedación paliativa en enfermedad terminal. Revista Colombiana de Cancerología, 26(1).
3. Covarrubias-Castro, A., & Santillán-Paredes, H. (2019). Sedación paliativa. Revista mexicana de Anestesiología, 42(S1), 8-10.
4. García-Alandete, J., & Hernández-Jiménez, M. J. (2018). El sufrimiento existencial en el paciente oncológico en estadio avanzado: dimensiones y ejes vertebradores para la intervención psicológica. Persona y bioética, 22(2), 319-330.
5. Mellquist, T. M. C. (2017). La atención espiritual en cuidados paliativos.
6. Picco, G., Errasti, M., Santesteban, Y., & Calvo, C. (2018). Dificultades en el abordaje y decisiones en un caso de sufrimiento existencial al final de la vida. Medicina Paliativa, 25(1), 50-53.
7. Viel Sirito, S. (2019). La soledad existencial al final de la vida. Universitat Autònoma de Barcelona.

## Capítulo 15

# REGISTRO Y TRANSMISON DE CASOS COVID 19 EN LOS COLEGIOS DE ASTURIAS DURANTE EL CURSO 2020

INMACULADA GARCIA FERNANDEZ

LUCIA MARTINEZ ARIAS

ANA YESICA FERNÁNDEZ MENÉNDEZ

## 1 Introducción

En el mes de marzo, con el inicio de la primera ola de coronavirus se cerraron las escuelas, basándose en el papel de las mismas en la transmisión de las epidemias de gripe anuales. Sin embargo, no está claro el papel que juega la población infantil en la transmisión de la Covid-19, aunque parece ser secundario, estando la transmisión más relacionada a eventos sociales ligados a la vida escolar que a las propias aulas de clase. Con los protocolos instaurados en los centros escolares al comienzo del curso las aulas pasarían a ser entornos seguros frente a la propagación de la infección. La vigilancia de los casos detectados, así como la adopción de medidas de control de manera precoz son pilares básicos para el control de la transmisión en el entorno escolar. En este informe, se analizan los resultados de dicha vigilancia.

Procedimiento de actuación:

- Detección del caso por laboratorio (PCR+, a partir del mes de noviembre, también Ag+).

- Identificación de contactos estrechos en el entorno escolar según la guía de actuación ante casos confirmados de Covid-19 para centros educativos del Principado de Asturias.
- Indicación de cuarentena a los contactos y solicitud de PCR al 10º día.

Definiciones utilizadas:

- Caso secundario: caso cuyo inicio de síntomas o recogida de muestra (en asintomáticos) ocurre 24 horas o más tras el inicio de síntomas de los casos primarios o el diagnóstico del caso (si es asintomático). Caso en el que no se encuentra otra fuente de infección alternativa probable y plausible más que los casos primarios o co-primarios del entorno escolar.

Análisis descriptivo de variables de tiempo, lugar y persona y cálculo de indicadores señalados según definiciones previas.

## 2 Objetivos

Objetivo principal:

- Estimar tasas de infección para las infecciones primarias y secundarias por SARS-CoV-2 en este entorno.

Objetivos secundarios:

- Estimar las tasas de ataque clínico secundario.
- Estimar el porcentaje de infecciones asintomáticas.
- Describir las características epidemiológicas y clínicas de los casos primarios y secundarios.

## 3 Metodología

Vigilancia prospectiva de los casos de infecciones Covid-19 diagnosticados y confirmados por laboratorios y detectadas en el alumnado de la red escolar del Principado de Asturias en los diferentes niveles educativos: preescolar/infantil/primaria/educación secundaria obligatoria, bachillerato, ciclos formativos. Los centro educativos son todos los colegios e institutos públicos, concertados y privados así como centros de formación profesional.

Periodo estudiado: Septiembre 2020 a Diciembre 2020.

# 4 Resultados

Se muestran los casos confirmados de infección por SARS-Cov-2 en alumnado, profesorado y otro personal de los centros educativos desde el inicio del curso (el día 22 de septiembre para infantil y primaria y el día 28 de septiembre para la Educación Secundaria Obligatoria y la Formación Profesional) hasta el 15 de diciembre.

Nº de casos.

En dicho periodo de tiempo, se recogieron 2.455 casos tras excluir aquellos que no habían comenzado al colegio o con los que no se logró contactar. De ellos, 2.146 son alumnos/as (87 %), 242 profesores/as (9,9 %), 39 monitores/as (1,9 %) y el resto se encuadran en otras categorías relacionadas con el ámbito escolar.

El 53 % son mujeres y el 47 % hombres. La edad media global es de 16 años (media de 12 años para el alumnado y de 44 años para profesorado y otro personal).

Dos terceras partes de los casos sucedieron en los niveles de Primaria y de Educación Secundaria Obligatoria, un 13 % en infantil y un 10,5 % en bachiller. El porcentaje de casos en función del número de niños/as escolarizados fue del 1,7 % y osciló entre el 1,2 % de infantil y el 3,1 % de educación especial.

De los casos en que consta el dato, 2.116 se clasificaron como comunitarios (86,7 %) y 325 como escolares (adquiridos en el ámbito escolar). De los casos comunitarios, el 42 % tenían el antecedente de un contacto estrecho con un caso confirmado, el 92 % de ellos en el ámbito familiar.

En el 65 % de los casos (1553 c) no fue preciso adoptar medidas de cuarentena en el entorno escolar. Los motivos fueron varios: una tercera parte de ellos se encontraban en cuarentena por un contacto estrecho previo, por lo que no habían acudido al colegio y en la cuarta parte, el último día de asistencia era previo al inicio del periodo infeccioso sin constar el motivo. En el 5 % de los casos la clase ya estaba cuarentenada por algún caso previo y en el 6 % se aseguraba el cumplimiento de las medidas no generando contactos estrechos. En el resto, no consta el motivo.

En los casos en los que fue preciso adoptar medidas (824), se realizó cuarentena del aula en 571 casos y se cuarentenaron sólo los contactos estrechos en 196 casos. En 46 fue preciso actuar sobre contactos del comedor y en 35 casos sobre contactos del transporte.

Doscientos cincuenta y nueve casos se relacionaron con 57 brotes que ocurrieron en colegios de todas las Áreas Sanitarias, excepto la I y la VI. La media de casos por brote fue de 4,5, aunque en un brote del Área Sanitaria III se registraron hasta 32 casos.

Distribución espacial:
El 35 % de los casos (850 c) ocurrieron en el Área Sanitaria V, y el 31 % en el Área Sanitaria IV (768 c). El Área que registró el menor número de casos fue el Área Sanitaria I con 18 c (0,7 % del total).
Distribución temporal:
Durante el mes de octubre, la media de casos diarios fue de 22, duplicándose la misma en el mes de noviembre (44 c media global para dicho mes; 53 c en la primera quincena y 36 c en la segunda). En la primera quincena de diciembre, la media de casos diarios bajó a 25.
Se observa como la curva epidémica es ascendente hasta mediados de noviembre, alcanzándose el pico en dichas fechas, para descender posteriormente. El pico que se observa el 10 de diciembre está en relación con un brote registrado en un colegio del Área Sanitaria III.

## 5 Discusión-Conclusión

La inmensa mayoría de casos detectados en el entorno escolar (87 %) son casos de adquisición comunitaria, un importante porcentaje en el medio familiar (> del 90% de los que tienen identificado un contacto estrecho previo). Sólo el 4 % de los casos comunitarios originó un brote en el medio escolar. Es reseñable que de los casos registrados en colegios de educación especial, el 38 % adquirieron la infección en el entorno escolar, frente al 13 % en el resto. El porcentaje de casos asintomáticos detectados en el medio escolar es algo bajo, lo que puede estar indicando que se están escapando casos a la detección. No obstante, el porcentaje de asintomáticos en casos relacionados con transmisión escolar aumenta hasta el 50 %, indicando una detección oportuna en el medio escolar.

## 6 Bibliografía

1. https://www.mscbs.gob.es/profesionales/saludPublica/ccayes/alertasActual/nCov/documentos/Medidas_centros_educativos_Curso_2020_2021_17.09.20.pdf.
2. https://www.mscbs.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/promocion/saludJovenes/saludEscuela.htm.
3. https://www.mscbs.gob.es/profesionales/saludPublica/ccayes/alertasActual/nCov/documentos/27_08_2020_Guia_de_actuacion_centros_educativos.pdf.

## Capítulo 16

# ATENCIÓN A PACIENTES CON DISCAPACIDAD INTELECTUAL EN EL ÁMBITO SANITARIO Y SOCIAL

ELENA MUÑOZ MARÍN

LORENA ORTIZ ORTIZ

SARA MUÑOZ MARÍN

## 1 Introducción

La discapacidad intelectual consiste en la limitación que tienen algunas personas para aprender habilidades adaptativas en diferentes situaciones de la vida diaria.

Las habilidades se clasifican en varias áreas:
- Área social: implicada en los sentimientos y pensamientos de otras personas y en las habilidades interpersonales.
- Área práctica: hace referencia a las actividades de cuidado personal, manejo de la salud, organización de tareas, administración de dinero y seguridad entre otras.
- Área conceptual: relativa a la memoria, lectura, escritura y matemáticas.

Según diferentes estudios, se puede afirmar que una de cada cien personas padece discapacidad intelectual o del desarrollo.
La mayoría tienen la discapacidad reconocida, pero existe otro grupo de personas que no saben que la padecen o que no tienen el certificado.

Este problema de salud produce un gran impacto en la vida de la persona que la sufre y de sus familiares o cuidadores, ya que habitualmente requieren mucho apoyo por su parte.
El apoyo se puede clasificar en intermitente (cuando lo precisa de manera ocasional), limitado (asistencia a centros de día y talleres), importante (requiere apoyo continuo cada día) y profundo (necesita apoyo constante para todas las actividades de la vida diaria).

Es muy importante contar con un equipo multidisciplinar en la atención a este tipo de pacientes, ya que requieren cuidados de profesionales de diferentes disciplinas.

## 2 Objetivos

- Ampliar los conocimientos de los profesionales sanitarios en el abordaje de las personas con discapacidad intelectual y del desarrollo.
- Desarrollar los cuidados y tratamiento que requieren este tipo de pacientes.

## 3 Metodología

El artículo realizado se trata de una revisión bibliográfica acerca de las personas con discapacidad intelectual.
Se desarrollan las causas, signos y síntomas, pruebas diagnósticas y el tratamiento de la misma.
Por otro lado, se hace mención a los cuidados, tanto sanitarios como sociales, que requiere este tipo de pacientes por parte de los diferentes profesionales.

Para ello se han consultado distintos artículos en algunas bases de datos científicas como Dialnet, Scielo y Google Académico.
Se ha seleccionado la información más relevante para el desarrollo de mi trabajo.

## 4 Resultados

Para realizar un correcto abordaje del paciente con discapacidad intelectual, se deben conocer los diferentes tipos existentes. La clasificación se establece en base al nivel cognitivo y las dificultades que presenta en el desarrollo de actividades de la vida diaria y en la adaptación al entorno.

Por tanto, podemos hablar de cuatro tipos de discapacidad intelectual:
- Leve: entran en este grupo las personas con un cociente intelectual entre 55 y 70.
- Moderada: presentan un cociente intelectual entre 35 y 50.
- Grave: cociente intelectual entre 20 y 35.
- Profunda: el cociente se sitúa por debajo de 20.

Por otro lado, aunque no está clasificada dentro de los manuales médicos, existe la inteligencia límite, donde se encuentra el grupo de población que tiene un cociente intelectual entre 70 y 85, que es el que más se aproxima al promedio.

Son diversas las causas que provocan discapacidad intelectual:
- Trastornos genéticos: se transmiten a los recién nacidos en el momento de la concepción, como es el caso del Síndrome de X Frágil, la fenilcetonuria y el Síndrome de Lesch Nyhan.
- Trastornos cromosómicos: los más comunes son el Síndrome de Down, de Prader-Willi y de Angelman.
- Causas orgánicas y/o biológicas desarrolladas antes, durante y después del nacimiento de la persona. Algunas de ellas son el padecimiento de enfermedades como el sarampión y rubeola durante el embarazo, la ingestión de algunos medicamentos o toxinas, infecciones, asfixia o presión en la cabeza del bebé en el parto, enfermedades como la meningitis y traumatismos craneoencefálicos en el bebé.
- Causas ambientales. Algunas son el consumo de alcohol y drogas durante el embarazo, déficit alimenticio de la progenitora, escasa estimulación sensorial y física y falta de asistencia sanitaria.

En cuanto a los signos y síntomas de la discapacidad intelectual, se puede identificar por un desarrollo tardío del niño a la hora del aprendizaje del habla, dificultad para memorizar, entender normas de actuación en la sociedad y resolución de problemas entre otros. Además, con frecuencia tardan más en aprender a sentarse, gatear y caminar.

Existen trastornos asociados a esta patología. Algunos de los más comunes son el trastorno por déficit de atención e hiperactividad, trastorno bipolar, depresión, ansiedad y autismo.
En algunos casos también sufren deterioro sensitivo o motor, como en el caso de la parálisis cerebral.

Para el diagnóstico de este problema de salud se llevan a cabo una serie de prue-

bas prenatales, entre las que se encuentran la amniocentesis, ecografía, cribado cuádruple, alfa-fetoproteína sérica materna y detección sistemática no invasiva.

Los estudios de diagnóstico por imágenes craneales y las pruebas genéticas también pueden ser de ayuda en la identificación de trastornos y malformaciones.

Por otro lado, se llevarán a cabo pruebas de inteligencia estandarizadas para realizar un estudio sobre la capacidad intelectual del paciente y comprobar así si es inferior al promedio.

En cuanto al tratamiento, existen programas de intervención temprana que se llevan a cabo durante la lactancia, donde se puede prevenir o disminuir la gravedad de la discapacidad que ha sido causada por una lesión perinatal.

El apoyo familiar juega un papel fundamental en el desarrollo de estos pacientes. Se debe aportar educación sanitaria y asesoramiento a familiares y cuidadores. Además se proporcionarán herramientas de apoyo externas, ofreciendo la posibilidad de ser derivados a centros que cuentan con un equipo multidisciplinar que desarrolla un plan individualizado e integral donde todas sus necesidades pueden ser atendidas por profesionales cualificados.
Dichos equipos suelen incluir médicos especialistas en pediatría y neurología, enfermeros, terapeutas ocupacionales, fisioterapeutas, logopedas, nutricionistas, psicólogos y asistentes sociales entre otros.

Otra actividad fundamental de los profesionales sanitarios es la prevención a través de la administración de vacunas, el asesoramiento sobre suplementos durante el embarazo y la difusión del peligro del síndrome de alcoholismo fetal.

Finalmente, haciendo referencia al pronóstico de esta patología, se puede decir que las personas que la padecen tienen menor esperanza de vida, aunque depende en gran medida de la etiología de la misma.
A pesar de ello, la atención sanitaria va evolucionando y mejorando a lo largo del tiempo, haciendo que la esperanza y calidad de vida de esos pacientes aumenten.

## 5 Discusión-Conclusión

La discapacidad intelectual es un problema de salud que repercute de forma directa en la calidad de vida de las personas que la padecen y sus familiares y cuidadores.

Estas personas requieren una gran cantidad de apoyo y cuidados para llevar a cabo las actividades de la vida diaria.

Es importante realizar un buen diagnóstico y conocer la etiología de la enfermedad para poder planificar el tratamiento más acorde a sus necesidades.

Existen centros que cuentan con un equipo multidisciplinar en el que hay profesionales que desarrollarán un plan individualizado en cada caso, ayudando a los pacientes a evolucionar, fomentando el autocuidado y las relaciones sociales.

# 6 Bibliografía

1. Navas P, Verdugo M A, Gómez LE. Diagnóstico y clasificación en discapacidad intelectual. Intervención Psicosocial [revista en Internet]. 2008: [aprox. 10 págs.]. Disponible en: https://scielo.isciii.es/pdf/inter/v17n2/v17n2a04.pdf.
2. Peredo RA. Comprendiendo la discapacidad intelectual: datos, criterios y reflexiones. Reflexiones en psicología [revista en Internet]. 2016: [aprox. 22 págs.]. Disponible en: http://www.scielo.org.bo/pdf/rip/n15/n15_a07.pdf.
3. Pino J. Competencias emocionales y discapacidad intelectual. Aularia [revista en Internet]. 2020: [aprox. 6 págs.]. Disponible en: http://rabida.uhu.es/dspace/bitstream/handle/10272/18675/Competencias.pdf?sequence=2.
4. Thompson J, Bradley V, Buntinx W, Schalock R, Shogren K, Snell M, Wehmeyer M, Borthwick S, Coulter D, Craig E, Gómez S, Lachapelle Y, Luckasson R, Reeve A, Spreat S, Tassé M, Verdugo MA, Yeager M. Conceptualizando los apoyos y las necesidades de apoyo de personas con discapacidad intelectual. Siglo Cero [revista en Internet]. 2010: [aprox. 16 págs.]. Disponible en: https://sid.usal.es/idocs/F8/ART14280/233-1%20Thompson.pdf.

## Capítulo 17

# ALIMENTACIÓN EN LA MENOSPAUSIA

CRISTINA BUGALLO PEREZ

## 1 Introducción

La menopausia es el cese definitivo de la menstruación debido a la perdida de la función del ovario y la no producción de hormonas como los estrógenos (hormonas femeninas responsables del ciclo menstrual y de las características de la mujer). Las hormonas que produce el ovario son los estrógenos y la progesterona, aunque también produce otras hormonas como los andrógenos, en pequeñas cantidades.

Hoy en día la edad de la menopausia se ha retrasado y se sitúa alrededor de los 50 años. Aunque la media de edad en que se produce la menopausia está ligada a varios factores: causas hereditarias (edad en la que se produce la menopausia materna), en mujeres fumadoras tiende a adelantarse unos dos años, una histerectomía sin extirpación de ovarios puede adelantar la menopausia unos 4-5 años, mujeres con fibromas tienen a tener la menopausia más tardía, las mujeres con sobrepeso tienden a menopausia más tardía debido al estrógeno fabricado por las células adiposas, una mala nutrición o mujeres que no hayan tenido hijos tienden a una menopausia más temprana.

Por ello en esta etapa es muy importante adoptar hábitos de vida saludables. Una alimentación adecuada y la práctica de ejercicio regular y moderado nos ayudarán a mantener nuestro peso y a luchar activamente contra la osteoporosis.

## 2 Objetivos

Dar a conocer las necesidades nutricionales en las mujeres menopáusicas, así como las recomendaciones que debemos de tener en cuenta para mantener un estilo de vida adecuado, así como para disminuir los efectos de la menopausia en el cuerpo.

## 3 Metodología

Para la elaboración del presente capitulo, 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 capitulo.
Palabras clave: dieta, menopausia, mujer, hábitos alimentarios y enfermería.

## 4 Resultados

Se aconseja la realización de una dieta adecuada, ya que causa un efecto favorable sobre la tendencia a coger peso en esta fase, porque si no es posible un incremento de peso de 1-1.5 kg al año.

Una dieta equilibrada y natural es esencial en todas las etapas de la vida, pero aun más en esta. Una dieta equilibrada ha de cubrir las necesidades nutricionales de la persona, de acuerdo con la edad, talla, clima, sexo y actividad física. Para conseguir un buen equilibrio alimentario y mejorar la salud durante la menopausia hay una serie de pasos que nos pueden ayudar a sentirnos mejor:

- Consumir 2-3 raciones de lácteos al día. Cada ración puede ser un vaso de leche semidesnatada, un trozo de queso o dos yogures. Excepto mantequilla, la crema de leche o la nata, que contiene demasiada grasa. La ingestión recomendada de calcio es de 1200 – 1500 mg/día.
- Si padece intolerancia a la leche de vaca puede probar tomar leche y derivados de oveja o de cabra, o bebidas de origen no animal, como las bebidas de soja y derivados como el tofu. También hemos de recordar que existen otros tipos de alimentos ricos en calcio como las semillas de sésamo, las almendras, las verduras marinas (laminaria, hijiki), las verduras, el pescado azul, los higos, el salmón, las sardinas, las lentejas, etc.

- Se recomienda el consumo de 1-2 raciones de carne, pescado o huevos al día. Se recomienda disminuir el consumo de carnes rojas (buey, cerdo, caza>) y de embutidos a favor de incrementar el consumo de carnes como el pollo o el pavo (escoger aquellas aves de crianza natural). Respecto al pescado es importante incrementar su consumo durante la semana y preferir el pescado azul (caballa, salmón fresco, sardinas), el bacalao y la trucha. En cuanto a los huevos, no pasar de 2-3 a la semana.
- Incluir hidratos de carbono complejos no refinados, como el pan y la pasta integral, las patatas, el arroz integral, el mijo, la avena y el centeno. Evitar el consumo de hidratos de carbono refinados como harina blanca en tartas, galletas y pasteles.
- Se recomienda el consumo de 2 raciones de verdura al día. Su consumo hervido o en ensaladas nos aporta vitaminas, minerales y fibra.
- Se recomienda el consumo de 2-3 raciones de fruta. La fruta, al igual que las verduras frescas, son beneficiosas para el organismo y aportan vitaminas y minerales antioxidantes. Los cítricos (naranjas, mandarinas, pomelos) y el kiwi son muy ricos en vitamina C. Es importante comer todo tipo de fruta variada, peras, manzanas, uvas, ciruelas, melocotones o plátanos. Los frutos secos como las pasas, los orejones, los dátiles, las ciruelas pasas o los higos, son también recomendables.
- Es importante incrementar el consumo de fibra natural, tome fruta fresca, verduras cocinadas o crudas, cereales integrales (arroz, pan, galletas, legumbres, frutos secos y/o muesli).
- Es importante beber mucha agua, de 1.5 a 2 litros diarios.
- No abusar de las bebidas refrescantes como naranjadas o limonadas ni tampoco de las bebidas como colas o cafés.
- El alcohol se puede tomar con mucha moderación, máximo 2 vasos de vino al día.
- Tomar cafés de tipo “eco”, infusiones de hierbas, tisanas y zumos de frutas.
- Tratar de tomar menos alimentos refinados (caramelos, pasteles, galletas, azúcar, mermelada, chocolate y dulces en general).
- Es importante reducir la cantidad de grasas que se ingieren. Hay grasas ocultas en los alimentos precocinados, aperitivos de patatas, pastelitos o embutidos.
- Es importante tomar legumbres, frutos secos y arroz (mejor integral).
- Respecto a los aceites, es más sano utilizar aceites de maíz, cártamo, girasol, soja y aceite de oliva virgen extra.
- No abusar de la sal en las comidas. Es mejor utilizar hierbas aromáticas, ajo, jengibre, zumo de limón, tamari (salsa de soja sin trigo).

- Es mejor cocinar al vapor o a la plancha y no abusar de los fritos.
- Incluir en la dieta algas (verduras de mar). Tienen pocas calorías, muchos minerales, se pueden utilizar para dar sabor a estofados de sopas: Agar, nori, wakame, kombu.

## 5 Discusión-Conclusión

Una buena nutrición en la etapa de la menopausia ayuda al cuerpo a autor regularse y mantener las hormonas equilibradas, previene la aparición de alguna enfermedad y nos puede ayudar en la obtención de forma natural niveles de estrógenos, que nos ayudaran a reducir los síntomas de la menopausia. Una dieta adecuada puede prevenir y disminuir las molestias ligadas a la sintomatología vasomotora y psíquica. La dieta puede ser un elemento muy importante en el control de las complicaciones más tardías (riesgo cardiovascular y osteoporosis).

Enseñar a conocer aquellos alimentos que puede ser más adecuados para mejorar la salud y proporcionar una mejor sensación de bienestar en esta etapa de la vida. Ayudar a la mujer en esta etapa con una dieta sana, natural y equilibrada con el fin de minimizar los síntomas menopáusicos y mantener el rendimiento óptimo de todos los sistemas del organismo.

## 6 Bibliografía

1. Pavón de Paz I., Alameda Hernando C., Olivar Roldán J. Obesidad y menopausia. 2010. Scielo. [Citado 24 de marzo de 2022] Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0212-16112006000900001.
2. Carbajal Azcona A. Departamento de Nutrición. Facultad de Farmacia. Universidad Complutense de Madrid. Manual de Nutrición y Dietética [Internet]. 2013. [Citado 24 de marzo de 2022] Disponible en: https://www.ucm.es/data/cont/docs/458-2013-08-19-cap-23-nutrici%C3%B3n-a-lo-largo-de-la-vida.pdf.
3. Durá Travé D. Ingesta de leche y derivados lácteos en la población universitaria. Scielo. 2010. [Citado 25 de marzo de 2022] Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0212-16112008000200003.
4. Capote Bueno M.I., Segredo Pérez A.M., Gómez Zayas O. Climaterio y menopausia. Scielo. 2012. [Citado 26 de marzo de 2022] Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252011000400013.
5. Luengo Fernández E. Sociedad Española de Cardiología Preventiva y Rehabilitación. Alimentos funcionales y nutracéuticos [Internet]. 2007. [Citado 26

de marzo de 2022] Disponible en: https://secardiologia.es/images/publicaciones/libros/2007-sec-monografia-nutraceuticos.pdf.

## Capítulo 18

# RECOMENDACIONES DIETÉTICAS EN PACIENTES INTOLERANTES A LA LACTOSA

CRISTINA BUGALLO PEREZ

## 1 Introducción

La intolerancia a la lactosa se puede definir como un conjunto de síntomas intestinales que aparecen tras la ingesta de lactosa en personas con déficit de lactosa o disminución de la actividad de la lactasa intestinal. Entre los síntomas de intolerancia a la lactosa encontramos retortijones abdominales, meteorismo y diarrea, que pueden aparecer entre minutos y horas después de la ingesta de lactosa. La gravedad de estos síntomas dependerá de la cantidad de lactosa ingerida y del nivel de intolerancia a esta.

Este tipo de intolerancia puede ser primaria, conocida como alactasia congénita, que consiste en un error congénito en el desarrollo de la lactasa de la vellosidad intestinal, y el otro, el déficit de lactasa propio de niños mayores y adultos. La de adultos se produce en la mayoría de la población mundial, y es la lactosa, el azúcar de la leche, el hidrato de carbono que con mayor frecuencia es mal absorbido por la población sana. La deficiencia secundaria de lactada se observa en personas con alguna patología intestinal: gastroenteritis aguda, enfermedad celíaca y malnutrición en diferentes tipos de infecciones del intestino delgado) o en individuos con una deficiencia funcional de lactasa (presente en aquellas personas que presentan un rápido vaciamiento gástrico como las vagotonías, gastrectomías, etc.).

## 2 Objetivos

Dar a conocer las necesidades nutricionales en pacientes que presentan una intolerancia a la lactosa, así como llevar a cabo unas recomendaciones dietéticas en alimentos aconsejados y desaconsejados para estos pacientes.

## 3 Metodología

Para la elaboración del presente capitulo, 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 capitulo.
Palabras clave: dieta, recomendaciones, intolerancia, lactosa, queso, malnutrición, hábitos alimentarios y enfermería.

## 4 Resultados

Debemos detectar si el paciente presenta realmente intolerancia a la lactosa o si presenta malabsorción de lactosa (la lactosa es mal digerida, síntomas atribuibles a un síndrome de intestino irritable). Debemos de tener en cuenta que también muchos pacientes con déficit de lactasa no presentan síntomas de intolerancia cuando ingieren pequeñas cantidades de lactosa. Este fenómeno puede ser debido a diferentes ritmos de vaciado gástrico, tránsito intestinal, composición de alimentos, etc.

El diagnostico de intolerancia a la lactosa puede determinarse de varias formas:
- A través de un historial dietético del paciente que relaciona la ingesta de leche y derivados con los síntomas anteriormente citados.
- Utilizando una dieta restringida en lactosa y observando si desaparecen los síntomas.
- Utilizando el test de hidrogeno espirado (medir la producción de hidrogeno del aliento tras la ingesta de 50 g de lactosa). Recordar que no es fiable en aquellas personas que fuman, toman antibióticos y en un porcentaje pequeño de sujetos normales que no producen gas hidrógeno en la fermentación bacteriana.
- Una biopsia intestinal para medir la actividad del lactada en el intestino delgado.
- Una prueba de tolerancia a la lactosa. Esta se realiza determinando los niveles de glucemia tras la ingestión de una carga de lactosa. En el adulto, todo incre-

mento de la glucosa plasmática inferior a 20 mg/dl en cualquiera de las muestras, tomadas 30, 60, 90 y 120 minutos después una carga de 50 g de lactosa (corresponde a un litro de leche), sugiere que existe claramente el diagnostico de déficit de lactosa.

El objetivo terapéutico de la dieta restringida en lactosa consiste en proporcionar una dieta adecuada desde el punto de vista nutricional que reduzca los síntomas al mínimo o a un nivel tolerable para el paciente.

Características de la dieta: debido a que en cada paciente la cantidad de lactosa tolerada es variable, ajustaremos las recomendaciones dietéticas a las necesidades y tolerancia del individuo. Podemos iniciar el tratamiento con una dieta estricta sin lactosa, aconsejado o desaconsejando al paciente la utilización de ciertos alimentos. Si la respuesta clínica del paciente es buena, podemos aumentar gradualmente la cantidad de lactosa hasta un nivel tolerable por su organismo.

Paciente con mala absorción de lactosa toleran la ingesta de cantidades de lactosa no superiores a los 7 g por ración sin que aparezcan síntomas. Es importante dividir los alimentos que contienen lactosa en pequeñas raciones durante el día, para una mejor aceptación de esta y para asegurar una ingesta adecuada de calcio.

Las personas con mala absorción deberían tolerar alimentos que contengan pequeñas cantidades de lactosa (por ejemplo, 2 g de lactosa por ración, pequeñas cantidades de leche). Es importante asegurar un aporte adecuado de calcio a trabes de otros alimentos ricos en este elemento que no contengan lactosa.

El yogur es en general bien tolerado. Las bacterias vivas presentes en el yogur sintetizan betagalactosidasa, que fermenta la lactosa en la luz intestinal. Los yogures bifidobacterianos pueden facilitar la fermentación de lactosa mal absorbida al modificar la microflora colónica y aumentar la producción de ácidos grasos de cadena corta.

Los pacientes deben leer las etiquetas de los productos que compran. A menudo, a algunos alimentos preparados se les ha incorporado lactosa (algunos productos de bollería, panes de molde, cereales de desayuno, sopas, aderezos comerciales de ensalada, alimentos enlatados, salchichas o embutidos preparados, etc.). Deben saber leer las etiquetas en busca de ingredientes que contengan lactosa (suero lácteo, fermentos lácticos, leche en polvo, requesón, cuajada, etc.).

Alimentos aconsejados:
- Leche sin lactosa, leche de soja y leche de almendras.

- Quesos fermentados como: parmesanos, brie, bola, gouda.
- Huevos.
- Aceites, margarinas vegetales y mayonesas.
- Todas las verduras, legumbres naturales, congeladas y en conserva, sin preparación comercial con lactosa.
- Todas las frutas y zumos.
- Pan blanco o integral, postres, pasteles y galletas sin lactosa.
- Azúcar, miel, mermelada y gelatina.
- Sopas y caldos de carne y vegetales, cubitos de sopa y extractos de carne.
- Té, café, bebidas alcohólicas y refrescos aunque se recomienda un consumo moderado.
- Sal, pimienta, mostaza, curry, hierbas aromáticas, especias y vinagre.

Alimentos desaconsejados:
- Todas las formas de leche (materna, vaca, cabra, oveja), leche en polvo, evaporada o condensada.
- Derivados de la leche (helados, flan, natillas, postres con contenido lácteo o nata).
- Quesos de untar, quesos cremosos y quesos no fermentados.
- Carnes servidas con salsas con base de leche. Algunas salchichas tipo Frankfurt, jamón york y embutidos preparados comercialmente pueden contener lactosa.
- Frutas procesadas con leche o lactosa.
- Pan que contenga leche, pan de molde, pasteles, galletas, magdalenas hechas con mantequilla o leche.
- Helados, leche helada, batidos, dulces hechos con leche, crema de leche, algunos caramelos (toffes) y edulcorantes con lactosa.
- Todas las sopas que contengan leche.
- Mayonesas, aderezos para ensaladas comerciales elaboradas con leche y derivados.
- Salsas elaboradas con leche (salsa bechamel).
- Es necesario para el organismo asegurar un adecuado aporte de calcio mediante suplementos de estos elementos o ingesta de alimentos ricos en ello.

## 5 Discusión-Conclusión

La lactosa es un tipo de azúcar que se encuentra presente en la leche y los derivados lácteos. La intolerancia a la lactosa se manifiesta en las personas con molestias digestivas como dolor de vientre, gases o diarrea de forma casi inmediata a la

ingestión de leche o derivados de la misma. La mayoría de las personas pueden tolerar de 5 a 8 g de lactosa en una sola toma. La lactosa repartida en pequeñas cantidades a lo largo del día es mejor tolerada.

La lactosa se suele tolerar mejor si la acompañamos con algún otro alimento (ej.: leche con cacao). En algunas tiendas especializadas en dietéticas y en algunos supermercados existen productos lácteos con poca cantidad o sin lactosa. En las farmacias podemos encontrar leches infantiles sin lactosa y preparados lácteos sin lactosa para adultos.

Se deben leer cuidadosamente las etiquetas de los productos alimenticios preparados ya que contiene lactosa todos aquellos que contengan leche, leche condensada, suero, cuajada, caseína, galactosa, leche en polvo y leche desnatada. Algunos medicamentos pueden contener pequeñas cantidades de lactosa, aunque generalmente se toleran bien.

# 6 Bibliografía

1. Moreira V.F., López San Román A. Intolerancia a la lactosa. Servicio de Gastroenterología. Hospital Universitario Ramón y Cajal. Madrid. Scielo. 2010. [Citado 21 de marzo de 2022] Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1130-01082006000200009.
2. Atenodoro R. Ruiz. Intolerancia a la lactosa. Manual MSD. 2021. [Citado 21 de marzo de 2022] Disponible en: https://www.msdmanuals.com/es-es/hogar/trastornos-gastrointestinales/malabsorci%C3%B3n/intolerancia-a-la-lactosa.
3. Bolet Astoviza M., Socarrás Suarez M.M. Algunas dietas modificadas en hidratos de carbono. Scielo. 2003. [Citado 22 de marzo de 2022] Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75232002000400009.
4. National Institute of Diabetes and Digestive and Kidney Diseases. NIH. Alimentación, dieta y nutrición para la intolerancia a la lactosa. [Citado 22 de marzo de 2022] Disponible en: https://www.niddk.nih.gov/health-information/informacion-de-la-salud/enfermedades-digestivas/intolerancia-lactosa/alimentos-dietas-nutricion.
5. Saborido R., Leis R. El yogur y recomendaciones dietéticas en la intolerancia a la lactosa. Scielo. 2020. [Citado 22 de marzo de 2022] Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0212-16112018001200011.

## Capítulo 19

# APLICACIÓN PRÁCTICA DE DIFERENTES MODELOS DE CALIDAD A TRAVÉS DE TRES EMPRESAS DEL SECTOR PRIVADO

ANA YESICA FERNÁNDEZ MENÉNDEZ

LUCIA MARTINEZ ARIAS

INMACULADA GARCIA FERNANDEZ

## 1 Introducción

A continuación se desarrollan tres políticas de calidad de tres empresas de diferentes sectores, alimentarias, sanitarias y de telefonía. Aunque son muy diferentes tras el análisis se puede ver como el cliente es su máxima en todas ellas y como la evolución de la calidad en los últimos años ha sido la satisfacción de los trabajadores y su compromiso con la empresa como máxima para poder hacer llegar esa calidad y excelencia a los clientes. El compromiso con la sociedad parece más claro en una época donde el cliente valora más que nunca no solo el producto sino la trazabilidad del mismo y el concepto global, y la preocupación más creciente por el medio ambiente y el trato a los trabajadores. La política de calidad de una gran empresa a nivel nacional en dos o tres sectores productivos y comparando las políticas de calidad resultantes, nos permite a acércanos una visión mas pragmática y aplicable de los diferentes modelos de calidad. En la actualidad los modelos empresariales no solo se centran en el producto o servicio, sino que

sea de calidad y esa calidad sea percibida no solo por los clientes, sino también por los profesionales.

## 2 Objetivos

Describir la política de calidad de una gran empresa a nivel nacional.

## 3 Metodología

Revisión bibliográfica durante el mes de Enero de 2022, en las principales bases de datos, palabras clave: calidad, gestión, priorizar, recursos humanos. Finalmente se recurrió a las paginas web corporativas en lideres en tres sectores diferentes, para analizar los objetivos planteados.

## 4 Resultados

Política de calidad.
1. El primer caso es una empresa de alimentación puesta como ejemplo de éxito. Según este articulo la empresa emplea el modelo de Gestión de Calidad Total (GTC) es decir un enfoque multidimensional, donde no solo se busca la satisfacción del cliente sino necesidades de clientes, empleados, proveedores, sociedad y capital. Así como define el propio concepto de GCT, se debe abarcar todos los elementos desde la cooperación interna, el trabajo en equipo y liderazgo:
- Cliente: el cliente es el centro dentro de la calidad total, en esta empresa se denomina "el jefe" entiendo que si el está satisfecho, el resto de elementos lo están. El cliente está en el centro de la pirámide, pero invertida. Todos los elementos están a su servicio incluido el líder, todo se centra en satisfacer sus expectativas presentes y futuras. Ofrece gran variedad de productos a precios bajos que mantiene, cuida el ambiente garantizando la máxima variedad de productos al menor precio y facilitando la rapidez en la compra.
- Empleados: es otro pilar dentro de la GCT, para ello debe conseguirse que integren en el concepto de calidad, ya que la premisa es que la calidad se consigue a través de la persona por ello es necesario la implicación y compromiso de las personas, pero ¿Cómo se consigue? Lo primero es a través de una selección de personal, donde no solo deben de tener como mínimo el graduado escolar, sino se les evalúa en conceptos generales y dinámicas de grupo. Una vez se forma parte de la empresa, se hace hincapié en una formación en liderazgo y calidad

desde la acogida y durante toda la vida laboral. Para fomentar el compromiso, se favorece el reconocimiento mediante la promoción interna y el factor económico, donde existe una parte fija y equitativa y una variable de acuerdo con los objetivos a cumplir y también existe una flexibilización en los horarios para favorecer la conciliación.

- Proveedores: en este caso el sistema de GCT, lo lleva a controlar todo el proceso de producción de los productos, de tal forma que se reduzcan los fallos y la ineficacia durante toda la cadena de producción. Así mismo para favorecer la relación de confianza con los proveedores se intenta optimizar la gestión por procesos, de esta forma intenta que el proveedor sea socio y capitalista entendiendo que busca la satisfacción del cliente para lo que arriesga el capital en la investigación y desarrollos de productos que consigan la satisfacción del cliente.
- Sociedad: está implicada con que sus acciones repercutan en la sociedad, con colaboraciones en diferentes aspectos. En el ámbitos educativo, medioambiental con la gestión de residuos, en ayudad a colectivos desfavorecidos, etc.
- Capital: es una empresa familiar que fomenta los resultados contables y la creación de valor. El modelo de GCT permite que los inversores también satisfacer sus deseos y necesidades, garantizando la rentabilidad, estabilidad, seguridad de su inversión.

Política de calidad.

2. Empresa de telefonía de unos 100 años que un inicio fue de gestión pública hasta su privatización en los años 90. Presente en varios payeses del mundo su política de calidad actual se central en Negocio Responsable y mejora continua.

- Cliente: se centra como todas en la satisfacción del cliente mediante la satisfacción de sus necesidades, no solo con unos precios competitivos sino con una mejora en la comunicación con el mismo y con una satisfacción de la experiencia a través de la mejora continua.
- Corporativa: la responsabilidad corporativa ha sido definida como una salvaguarda que permite asegurar un compromiso de largo plazo con los grupos de interés y da origen a un modelo de administración que garantiza la gestión ética y transparente de sus operaciones en lo económico, social y ambiental.
- Trabajadores: habla del negocio responsable entendiendo que se vela por sus derechos, se les da una compensación justa por su trabajo y favorecer su desarrollo profesional. Para ello crean un empoderamiento de los trabajadores favoreciendo un organigrama mas plano y un una forma continua de aprendizaje. Otro punto que destacan es que buscan el bienestar de los trabajadores y que ellos mismos consideren que la empresa sea un buen lugar para trabajar.
- Sociedad: crea la fundación telefónica para fomentar el desarrollo económico,

social y cultural de todos los países donde está presente, fundamentalmente Latinoamérica.

Política de calidad.
3. Una empresa del sector servicios, que funciona a través de la modelo de calidad de mejora continua.
- Clientes: se centra en los clientes no solo en una práctica segura y que responda a los resultados esperados sino actualmente se centra en la "experiencia positiva "del clientes y en conocer sus percepciones y vivencias y cubrir sus necesidades y expectativas de manera exashustiva y lo hacen a través de la mejora constante y la evaluación continua.
- Trabajadores: para conseguir la experiencia positiva de los clientes desde la empresa considera que el propio trabajador debe tener una experiencia positiva, fomentando no solo la formación, sino el buen clima laboral. Para ello la selección del personal se hace mediante la gestión por competencias y el "benchmarking" interno y externo para el conocimiento, análisis y motivación de los profesionales e implicación en los planes de mejora contínua.
- Sociedad: como empresa en salud contribuye al mejora del medio ambiente con una buena gestión de residuos y energía, y su mayor contribución a la sociedad, su implicación en iniciativas de innovación e investigación buscando mejoras en la atención y resultado que puedan aplicarse al conjunto de la sociedad.
- Empresa: refiere fundamentalmente un modelo de mejora de calidad continua si bien cada centro se adapta a un modelo que acredita con numerosas acreditaciones de diferentes certificados de calidad de acuerdo a estándares de acreditación Joint Commission International, EFQM, DIAS y la certificación en las normas ISO.5

## 5 Discusión-Conclusión

La clave del modelo se fundamenta en la alta consideración que se concede a los cinco componentes que la integran, así como a la orientación de toda la compañía hacia la satisfacción de sus necesidades y expectativas en el caso de la empresa de alimentación.
La empresa de servicios funciona a través de la modelo de calidad de mejora continua.
Y la empresa de telefonía se basa en la mejora continua como en el concepto de pertenencia a la empresa y la corresponsabilidad, buscando el compromiso continua de sus trabajadores. Trabajando la calidad como algo propio e interiorizado

la idea de conseguir el bien común.

## 6 Bibliografía

1. Blanco M, Gutiérrez S. El empleo del Modelo de Gestión de la Calidad Total en el sector de la distribución comercial en España: El caso de Mercadona. Universia Bussiness Review.2008 .40-63.
2. Telefónica. [Internet]Consultado 16 mayo 2021. Disponible en https://www.telefonica.com/es/web/negocio-responsable/nuestros-compromisos/empleados.
3. Quirón. [Internet]Consultado 16 mayo 2021. Disponible en: https://www.quironsalud.es/es/comunicacion/notas-prensa/experiencia-paciente-nuevo-paradigma-excelencia-sanitaria.
4. Quirón. [Internet]Consultado 16 mayo 2021. Disponible en: https://www.quironsalud.es/es/empleo.
5. Quirón. [Internet]Consultado 16 mayo 2021. Disponible en: https://www.quironsalud.es/malaga/es/centro/politica-calidad-medio-ambiente.

## Capítulo 20

# ENFERMERIA Y SUS CUIDADOS EN LA TRANSFUSIÓN SANGUÍNEA

MARIA BLANCO SANABRIA

PRADO SANCHEZ FIGUEIRA

BEATRIZ ROSADO TOMÁS

ESTHER RAMOS PAVÓN

REBECA DEL OLMO GONZÁLEZ

## 1 Introducción

La sangre está compuesta de una cuarta parte de líquido extracelular del organismo y está compuesta por diferentes células sanguíneas. Todas estas células están sintetizadas a través de un proceso en la médula ósea.
La sangre y sus componentes tienen una vida limitada por eso la médula siempre se encuentra en continua producción y varía la cantidad en función de las necesidades de nuestro organismo. Los principales componentes sanguíneos son los glóbulos rojos, los glóbulos blancos y las plaquetas.
La transfusión está enfocada a aportar componentes celulares y plasmáticos que el enfermo necesita. Es un tratamiento provisional y está enfocada en mantener y salvar la vida de esos pacientes.
Gracias a la donación de sangre somos capaces de obtener, fraccionar y conservar diferentes componentes. Por lo que, a través de una misma donación, se pueden

beneficiar diferentes pacientes. El desarrollo de la transfusión requiere la intervención de varios profesionales de la enfermería, además de tecnologías más avanzadas que garantizarán requisitos mínimos para así conseguir una cadena transfusional.
Dependiendo del grupo de sangre, existen donaciones universales que son los tipos de grupo sanguíneo 0, donde estos pueden donar sangre a cualquier persona y los receptores universales son el grupo sanguíneo AB que puede recibir sangre de cualquier grupo. Sin embargo, existen los grupos sanguíneos A y B que solamente pueden recibir sangre de su mismo grupo sanguíneo.

## 2 Objetivos

Objetivo principal:
- Conocer los beneficios y riesgos de una transfusión sanguínea.

Objetivos secundarios:
- Conocer cuáles son los cuidados de enfermería en la transfusión sanguínea.
- Determinar las posibles reacciones adversas durante el 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

Cuidados de enfermería en una transfusión sanguínea:
- Pre-transfusión:
Antes de realizar la transfusión:
1. Informamos al paciente o responsable del proceso que vamos a realizar a la hora de hacer la transfusión.
2. Verificar que el paciente ha dado su consentimiento del paciente o responsable.
3. Verificar la compatibilidad de la hoja de solicitud y hojas de las pruebas de la compatibilidad.

4. Rellenar los papeles con el formato de la solicitud con todos los datos de obligatorio cumplimiento.
5. Revisar el componente sanguíneo verificando que no existe ninguna fuga en la bolsa y está en buen estado.
6. Evitar bolsas de transfusión que hayan estado sin refrigeración controlada durante más de 4 horas, una vez fuera del laboratorio.
7. Transportar los hemocomponentes en contenedores de material de plástico, herméticos, termoaislantes y lavables que aseguren la temperatura interior.
8. Confirmar que se trata del paciente correcto, procedimiento correcto y elemento correcto antes de administrarlo.
9. Registrar el pulso y la presión arterial al comienzo de la transfusión y posteriormente cada 15 minutos en la primera media hora.
10. Los hemocomponentes no deben ser calentados por medios no aptos. Deben ser calentados en aparatos que no superan los 37 grados.
11. Tomar y registrar la temperatura previa a la transfusión, e informar el incremento respecto a la temperatura basal.
12. Utilizar una vía venosa gruesa y corta para la administración de hemocomponentes utilizando las medidas de asepsia y antisepsia en su inserción.
13. Utilizar un catéter periférico calibre nº 18 para favorecer la infusión y evitar hemolisis.
14. El plasma fresco congelado deberá descongelarse en una bolsa individual a temperatura entre 30 y 37 grados. Una vez descongelado se deberá administrar antes de 6 horas pasadas. Se descongela sin sumergir los puertos o en una bolsa sellada.
- Durante la transfusión:
1. Se regulará el goteo inicialmente a 30 gotas por minuto y observaremos la manifestación de reacciones y posteriormente graduar el goteo 60 gotas por minuto, verificando el ritmo de la infusión.
2. No mezclaremos el hemocomponente con ningún fármaco o fluido de reposición, con una solución salina de 0.9 % por un equipo alternativo.
3. Si colocásemos un manguito de presión en la unidad del hemocomponente para acelerar el flujo, no podrá superar los 300 mmHg ya que puede ocasionar hemólisis.
4. Orientar al paciente sobre los síntomas de una reacción transfusional para nosotros posteriormente anotarlo.
5. Monitorizar el sitio de punción intravenosa para saber si hay signos de infiltración o flebitis.
- Post-transfusión:

1. Tomaremos y registraremos los signos vitales.
2. Vigilaremos la aparición de reacciones tras la transfusión como escalogríos, náuseas, taquicardia etc.
3. Registrar la administración del hemocomponente, cantidad y tiempo que se ha tardado en administrarse, fecha, tipo de componente, número del folio del componente, volumen, hora de inicio, hora de término, signos vitales, observaciones y firma del responsable.
4. Al finalizar la transfusión anotar y describir las características de la transfusión;
- Respuesta del paciente.
- Signos vitales antes y después.
- Volumen de la transfusión.
- Productos sanguíneos administrados.
- Tiempo realizado.
5. El desecho de la bolsa de sangre o hemocomponentes al concluir el procedimiento, separar el equipo de transfusión de la bolsa y desecarlo en la bolsa roja, que es el lugar donde se desecha.

## 5 Discusión-Conclusión

En conclusión, con este capítulo se han cumplido los objetivos detallados anteriormente. Conocer los cuidados que se tienen que realizar en una transfusión sanguínea es de vital importancia porque de ello depende la vida del paciente. Hay que ser muy minuciosos y no cometer ningún fallo, porque el más mínimo es un error muy problemático.
La transfusión sanguínea a día de hoy sigue salvando a muchísimas personas por lo que debemos ser generosos y donar, un pequeño gesto salva muchas vidas.
Debemos conocer como bien he explicado anteriormente los beneficios y riesgos que lleva la transfusión sanguínea y los pasos a seguir a la hora de realizarla o de producirse algún problema en concreto.
El proceso transfusional desde que se realiza a un donante hasta que se infunde el componente hemático a un paciente que padece algún tipo de déficit hematológico, es realizado a través de muchos sanitarios por eso debemos estar preparados y conocer con exactitud los pasos que se tienen que realizar para hacer una correcta transfusión sanguínea.

# 6 Bibliografía

1. http://www.aneh.es/archives/23_congreso/poster_07.pdf.
2. https://www.enfermeriadeciudadreal.com/articulo_imprimir.asp?idarticulo=468&accion=#::text=Los%20pasos%20a%20seguir%3A,la%20gravedad%20de%20la%20reacci%C3%B3n.
3. https://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/107179/1/cuidados_y_conocimientos_de_enfermeria_en_las_transfusI_Ruiz_Romero_Victoria.pdf.
4. https://www.revista-portalesmedicos.com/revista-medica/cuidados-deenfermeria-transfusion-de-hemoderivados/.

## Capítulo 21

# ACTUACION DE ENFERMERIA A LOS PACIENTE CON COLELITIASIS Y CÓLICO BILIAR

MARIA BLANCO SANABRIA

PRADO SANCHEZ FIGUEIRA

BEATRIZ ROSADO TOMÁS

ESTHER RAMOS PAVÓN

REBECA DEL OLMO GONZÁLEZ

## 1 Introducción

La colelitiasis consiste en la formación de cálculos en la vesícula biliar, estos cálculos pueden desplazarse por la vía biliar y llegar a generar cuadros de obstrucción. Los cálculos biliares se componen principalmente de colesterol, calcio, sales biliares, bilirrubina, proteínas y mucina.
La colelitiasis es el trastorno con mayor incidencia de la vía biliar. Se estima que entre un 5 y un 15 % de la población de países occidentales presenta cálculos biliares. De éstos, aproximadamente el 75 % corresponde a los cálculos formados por colesterol, mientras que el 25 % restante correspondería a los formados, básicamente por bilirrubina.
Las personas con mayor riesgo de padecer colelitiasis son aquellas que presentan los siguientes factores de riesgo:

- Edad:
Existen estudios que demuestran que existe un mayor riesgo de aparición de litiasis vesicular a partir de los 40 años, en esta franja de edad existe un 20 % de frecuencia, mientras que, si hablamos de mayores de 70 años, ésta aumenta hasta el 30 %.
- Sexo:
Existe una mayor frecuencia en mujeres, en todas las edades. Asociado también a ciertas circunstancias propias de la mujer, como la toma de anticonceptivos orales, embarazo y la menopausia.
- Antecedentes familiares:
Existen estudios que relacionan la localización cromosómica de algunos genes a la predisposición en la formación de litiasis de colesterol.
- Por trastornos metabólicos:
- Por saturación del colesterol biliar. Como pacientes en tratamiento con anticonceptivos orales, enfermedades en el íleon, aumento de estrógenos.
- Aumento de los niveles de bilirrubina sérica.
- Aumento del colesterol sérico.
- Por obstrucción de la vía biliar.
- Por situaciones de ayuno y dietas con pérdida rápida de peso.

## 2 Objetivos

Conocer la actuación de enfermería en pacientes con colelitiasis y cólico biliar.

## 3 Metodología

El trabajo se ha centrado en una revisión bibliográfica, realizando una búsqueda de información y referencias bibliográficas para realizar una actualización de conocimientos sobre la retención aguda de orina para personal de enfermería.
Búsqueda bibliográfica con las bases de datos: Pubmed, Scielo, el buscador Google Académico y la web Fisterra.

## 4 Resultados

En el caso de que el paciente sea asintomático, la actitud terapéutica será conservadora, ya que desde hace algunos años se está descartando la cirugía para

pacientes que no presenten clínica y sin patologías asociadas que puedan presentar complicaciones.

Cuando el paciente presente síntomas, el más característico de ellos es el cólico biliar. El cólico biliar, consiste en aumento de la presión y la distensión de las paredes de la vesícula por la presencia de un cálculo a nivel del saco vesicular o a nivel del conducto cístico produciendo una obstrucción momentánea del flujo. Se caracteriza por un dolor muy intenso, normalmente localizado a nivel de epigastrio o hipocondrio derecho, que puede irradiarse hacia la espalda a nivel subescapular e incluso hacia el hombro derecho. Puede acompañarse de náuseas, vómitos de contenido bilioso y dispepsia. En muchos casos el dolor es posterior a la ingesta de una comida abundante y con alto contenido en grasas o muy abundante. El tratamiento del cólico biliar se centrará en los síntomas, basándose en la administración de sueroterapia, analgésicos y antieméticos si precisara el paciente.

Para pacientes con clínica, el tratamiento definitivo de elección, mayoritariamente, será la colecistectomía. Aunque existen otras alternativas como la litotricia biliar extracorpórea por ondas de choque o un tratamiento disolutivo.

En el caso de que el paciente presente litiasis pigmentaria marrón o parda, habría que ampliar estudio para conocer si verdaderamente presenta infección en la vía biliar.

Si además de los síntomas explicados anteriormente, el paciente presenta fiebre, orina colúrica e ictericia, es indicativo de que existen complicaciones. Las complicaciones más frecuentes del cólico biliar son: colecistitis aguda (inflamación de la vesicular debido a infección por causas obstructivas), coledocolitiasis (presencia de litiasis a nivel del colédoco), colangitis aguda (infección aguda de la vía biliar debido a una obstrucción a nivel del colédoco) y pancreatitis aguda (inflamación aguda del páncreas que se produce por la activación de las enzimas pancreáticas produciendo su lesión).

Diagnóstico:

- Exploración física, Salvo que el paciente presente en ese momento un cólico biliar, aportaría pocos datos para el diagnóstico.

Durante el cólico biliar el paciente podría presentar dolor a la palpación en hipocondrio derecho y epigastrio.

- Realización de pruebas complementarias.

Analítica sanguínea: aunque la litiasis sea causada por colesterol, no tiene porque presentarse un aumento del colesterol sérico. Lo que sí se puede encontrar es un aumento de las transaminasas (GGT), siendo mucho más significativo su aumento si el paciente se encuentra con un episodio de cólico biliar o está debutando con una colangitis o una pancreatitis aguda.

Pruebas de imagen: el método de elección, normalmente es la ecografía.

Identificar el tipo de litiasis que presente el paciente para individualizar el tratamiento.
Existen diferentes tipos de litiasis:
- Litiasis de colesterol.
- Litiasis pigmentaria.
- Cálculos marrones o pardos: su componente con mayor frecuencia es el bilirrubinato cálcico precipitado en ocasiones asociado a ácidos grasos. Aparecen a nivel de los conductos biliares. Se asocian a presencia de infección.
- Cálculos negros: su componente con mayor frecuencia es el bilirrubinato cico, carbonato y fosfato. Aparecen a nivel vesicular. Se asocian a trastornos hemolíticos y cirrosis hepática.

Las medidas dietéticas se basan en:
- Reducción en la ingesta de alimentos con alto contenido en grasas. Se recomiendan las carnes magras, el pescado blanco, lácteos y derivados desnatados.
- Reducir consumo de hidratos de carbono y azúcares refinados.
- Evitar en todo lo posible el consumo de "comida rápida".
- Aumentar ingesta de fibra alimentaria. Consumiendo más fruta y verdura.
- Suprimir las bebidas alcohólicas.
- Reducir el peso si presentaran obesidad y realizar ejercicio físico regular.
- No se recomienda los periodos largos de ayuno, ya que, debido a una disminución de la actividad vesicular, pueden propiciar la acumulación de bilis y sales biliares en el interior de la vesícula.

## 5 Discusión-Conclusión

Los pacientes con antecedentes personales de litiasis vesicular y otras patologías que sean predisponentes a la formación de cálculos biliares, deben de conocer tanto la sintomatología como las medidas preventivas en la formación litiásica para evitar recidivas y complicaciones a largo plazo. Así mismo, es imprescindible que el paciente siga las medidas dietéticas explicadas anteriormente.
Es considerada la causa más frecuente de indicación de cirugía en la población mayor de 55 años que acude a los servicios de urgencias por dolor abdominal.
Se caracteriza por episodios sucesivos de calambres en la parte superior del abdomen o cuadrante superior derecho, que a veces se irradian a la parte superior derecha de la espalda o la región interescapular.

# 6 Bibliografía

1. Bravo, MT, Martínez AA. Enfermedad litiásica biliar. Medicine-Programa de Formación Médica Continuada Acreditado. 2012. 11(8), 481-488.
2. Carbonell, C. L. A., Prado, Y. A., González, T. P., Ferro, Y. P., & Hernández, Z. H. (2012). Diagnóstico clínico y epidemiológico de la litiasis vesicular. Revisión bibliográfica. Revista de Ciencias Médicas de Pinar del Río, 16(1), 200-214.
3. Sánchez JC. Litiasis biliar. Rev. méd. sinerg. 2016. 1(1):12-5.
4. López AP, Valenzuela JE, Álvarez FC. Protocolo terapéutico del cólico biliar y la colecistitis aguda. Medicine-Programa de Formación Médica Continuada Acreditado. 2016. 12(8), 467-471.
5. Narea Falcones KA., Gaibor Tomalá CA. "Factores de riesgo que determinan el desarrollo de litiasis vesicular" (Doctoral dissertation, Universidad de Guayaquil. Facultad de Ciencias Médicas. Carrera de Medicina). 2020.

## Capítulo 22

# ENFERMERIA Y SUS CUIDADOS EN LA FÍSTULA ARTERIOVENOSA

MARIA BLANCO SANABRIA

PRADO SANCHEZ FIGUEIRA

BEATRIZ ROSADO TOMÁS

ESTHER RAMOS PAVÓN

REBECA DEL OLMO GONZÁLEZ

## 1 Introducción

Desde el punto de vista médico, el término fístula arteriovenosa (FAVI) describe una conexión anormal entre una arteria y una vena. Puede ser congénita, traumática o quirúrgica. Puede aparecer en cualquier parte del organismo, aunque el lugar más frecuentes son las extremidades.

En circunstancias normales la sangre viaja desde las arterias a los órganos y retorna al corazón a través de las venas. Cuando existe una FAVI, parte del flujo sanguíneo pasa directamente de la arteria a la vena sin alcanzar la circulación capilar, por lo tanto la oxigenación de los tejidos afectados puede ser deficiente, sobre todo si el volumen de sangre desviada es importante y no existen otras ramas colaterales que la compensen.

En este caso que tratamos a continuación, la utilización de la fístula arteriovenosa, va dirigido o al tratamiento renal sustitutivo (TRS) de aquellos pacientes cuya fun-

ción renal natural es insuficiente para mantener el equilibrio hidroelectrolítico y acido-base del paciente.
El tratamiento de filtración de la sangre mediante el uso de la FAVI, se denomina Hemodialisis (HD) y es la fístula arteriovenosa el método de elección para llevar a cabo la HD. Cuando esto no es posible, se suele recurrir al uso de catéteres temporales en vasos de gran calibre, pero como su propio nombre indican son temporales, por lo tanto es necesario la realización de la FAVI para una correcta ejecución del TRS.

## 2 Objetivos

Objetivo principal:
- Adquirir los conocimientos necesarios para el cuidado de la fístula arteriovenosa o FAVI.

Objetivos secundarios:
- Identificar signos y síntomas de buena progresión de la FAVI.
- Saber aplicar los cuidados pertinentes, en las distintas etapas del 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.
Las palabras clave utilizadas para las diferentes búsquedas han sido las siguientes:
- Enfermería.
- Cuidados.
- Fístula arteriovenosa.
- Acceso vascular.
- Hemodiálisis.

## 4 Resultados

Uno de los objetivos finales de la HD, es conseguir que la mayoría de los pacientes, que inician este tratamiento, sea a través de un buen acceso venoso (AV).

Por lo que la FAVI, es el acceso venoso de elección. Para conseguir el correcto funcionamiento de la FAVI, se necesita un tiempo, al cual se le llama "periodo de maduración", por lo que su realización se programa con el tiempo suficiente a la entrada del paciente en HD, por tanto, se necesita una buena coordinación entre los diferentes profesionales que intervienen en la planificación y realización de este proceso.

En la actualidad, y después de muchos años, se ha demostrado que la fístula radiocefálica, sigue siendo el AC de elección para el tratamiento de la HD debido a su baja incidencia de complicaciones, presentando una alta tasa de permeabilidad y uso en un periodo largo de tiempo. Además persigue el objetivo de AV, como es ser un acceso periférico, fácilmente accesible con flujo suficiente para la realización de la HD y que ofrece, si fuese necesario, la realización de fístulas más proximales. Los cuidados de enfermería, se clasifican, en función del momento en el que se encuentre el paciente portador de la FAVI:

- Periodo previo a la realización de la FAVI.
- Periodo postquirúrgico inmediato y tardío.
- Periodo de maduración de la FAVI.
- Periodo de utilización de la FAVI en HD.

1. cuidados previos a la realización de la FAVI: los profesionales de las unidades de diálisis o prediálisis, deben llevar a cabo una educación al paciente e iniciar la vigilancia y monitorización del AV elegido para el tratamiento de la HD. El paciente debe estar informado y haber firmado el consentimiento informado de dicha intervención quirúrgica.

2. Periodo postquirúrgico inmediato y tardío: los cuidados de enfermería van dirigidos a identificar signos y síntomas que puedan desencadenar una complicación que pueda llevar al fracaso de la FAVI.

Cuidados inmediatos:

- Estado general y constantes vitales del paciente.
- Trhill y soplo del AV.
- Pulso del miembro.
- Apósito quirúrgico.
- Temperatura y color del miembro. Instruir

Cuidados tardíos:

- Elevación del miembro implicado para favorecer el retorno venoso, y evitar así el edema.
- Instruir al paciente en cuidados de higiene: Quitar el apósito tras 48 horas de la intervención, mantener el apósito seco y cambiar si está húmedo. Lavar el brazo con agua y jabón y cubrir la zona si existe riesgo de lesiones.

- Movilizar el brazo afecto, sin realizar ejercicios bruscos. .
- No realizar ninguna otra técnica de enfermería en el miembro afecto, tales como toma de tensión, venopunciones o cualquier otra que pueda comprometer el correcto funcionamiento de la FAVI.
- Evitar vendajes.
- Instruir al paciente para favorecer el buen desarrollo de la FAVI, tras las primeras 72h después de la cirugía, como pueden ser los ejercicios de pelota.
- Instruir al paciente, en síntomas que puedan llevar al fracaso de la FAVI.

3. Periodo de maduración: los cuidados van dirigidos al autocuidado del paciente, a la valoración de signos y síntomas que evidencien riesgo y el seguimiento por parte de los profesionales.
- Medición del flujo del AV mediante ultrasonidos.
- Aparición de complicaciones.

4. Periodo de utilización: los cuidados de enfermería van encaminados a poder utilizar la FAVI como acceso venoso para el inicio de la HD:
- Observar el estado general de la FAVI, así como signos y síntomas de complicación para el uso y punción de la misma.
- Retirada según procedimiento de los puntos quirúrgicos. Esto se realizará previamente a la punción de la FAVI.

Durante y al finalizar la sesión de hemodiálisis, los cuidados propiamente dichos son:
- Evitar manipulaciones de la aguja de punción.
- Valorar signos y síntomas de disfunción.
- Retirada de la aguja de forma cuidadosa para evitar traumatismos.
- Para la hemostasia, realizar una ligera presión sobre el punto de punción mínimo de 10-15 min.
- Minimizar riesgos de sangrado.
- Fomentar de nuevo, los autocuidados del paciente.

## 5 Discusión-Conclusión

Concluimos con que el cuidado de la FAVI es preservar la integridad del paciente. Los profesionales implicados en el cuidado de la fístula arteriovenosa, deben estar perfectamente instruidos en la materia tanto teórica como práctica, para evitar riesgos innecesarios en el manejo y cuidado de la fístula en las diferentes etapas del proceso.

Al igual que los profesionales deben estar instruidos en el cuidado de la fístula arteriovenosa, es muy importante que tanto el paciente como los cuidadores prin-

cipales, sean instruidos en el manejo y cuidado de la fístula arteriovenosa en las distintas etapas que hemos explicado, para evitar así riesgos innecesarios.

# 6 Bibliografía

1. http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2254-28842017000200167.
2. https://medlineplus.gov/spanish/ency/patientinstructions/000591.html.
3. http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2254-28842017000200167.
4. https://medlineplus.gov/spanish/ency/patientinstructions/000591.htm.

## Capítulo 23

# ENFERMERÍA ANTE UN INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO

MARIA ANGELES RUIZ REYES

ANA BELEN CORTES VELA

ALICIA MONREAL RUIZ

ROSALÍA MONREAL RUIZ

LIDA ESTHER VIDAL PELAEZ

## 1 Introducción

El infarto agudo de miocardio (IAM) se trata de un síndrome coronario agudo. Aparece cuando no llega suficiente sangre al corazón. Se encuentra dentro de las cardiopatías isquémicas, y es el principal motivo de muerte dentro de esta patología.

Durante el infarto agudo de miocardio, se obstruye completamente la arteria coronaria, causando la muerte de las células del tejido del miocardio. El IAM es una enfermedad permanente e irreversible. Es producido por la acumulación de placas de colágeno y lípidos en las paredes de las arterias que acaban reduciendo su flujo sanguíneo.

Los factores de riesgo que afectan a la hora de obstruir las arterias coronarias son:

- Hipercolesterolemia.
- Hipertensión.

- Diabetes.
- Tabaquismo.
- Sedentarismo.
- Mala alimentación.
- Obesidad.
- Estrés y ansiedad.

Los principales síntomas del infarto agudo de miocardio son:

- Opresión o dolor intenso en el pecho, que puede irradiarse a brazos, hombros, sobre todo del lado izquierdo, cuello, mandíbula o espalda.
- Disnea (falta de aire).
- Fatiga.
- Náuseas o vómitos.
- Sudor frío.
- Mareo.

El infarto agudo de miocardio es una urgencia médica, lo que conlleva una atención inmediata para lograr reducir sus daños y secuelas.

Se diagnostica a través de un electrocardiograma y una analítica sanguínea, junto a la exploración física y una buena anamnesis.

## 2 Objetivos

- Describir el caso clínico de un hombre que llega a urgencias con un infarto agudo de miocardio.
- Destacar la importancia de actuar de manera inmediata.

## 3 Caso clínico

Hombre de 52 años que trae la UVI móvil a urgencias por dolor torácico de más de dos horas de evolución, sudoración profusa y disnea.

Se encontraba en casa realizando la limpieza del hogar, cuando sintió un dolor brusco y opresivo en el pecho, que se irradiaba al brazo izquierdo, con falta de aire y náuseas. Refiere mareo y malestar general. Sin síncope.

- Antecedentes familiares: madre con enfermedad cardiovascular.
- Antecedentes personales: sin alergias medicamentosas conocidas. HTA, dislipemia, diabetes. Fumador de dos cajetillas al día. Sedentarismo.
- Exploración física: a su llegada a urgencias: TA: 180/95 mmHg; FC: 130 latidos por minuto; Saturación de oxígeno: 89%; Tª: 36.7 ℃. Talla: 1.75 m, Peso: 95 kg.

Abdomen normal. Auscultación cardiaca con tonos rítmicos y con crepitantes en ambas bases.

- Pruebas complementarias: Analítica de sangre: creatina, kinasa y troponinas elevadas. EKG: presenta IAM con elevación del segmento ST. Placa de tórax: sin incidencias.

Diagnóstico: Infarto agudo de miocardio con elevación del segmento ST.

Se monitoriza al paciente, se canalizan dos vías periféricas de grueso calibre, se realiza analítica de sangre, se le colocan unas gafas de oxígeno a 3 litros/minuto para lograr alcanzar saturaciones del 95 %.

Tratamiento: se administra cloruro mórfico para el dolor, siendo efectivo. Tras el resultado de la analítica de sangre, se decide avisar a los cardiólogos, que realizan un ecocardiograma, y deciden la realización de un cateterismo de urgencia, anti agregando al paciente con adiro y clopidogrel.

Durante el cateterismo se procede a la angioplastia de los vasos, que consiste en utilizar un balón para dilatar la arteria obstruida, dejando un stent, que es como un muelle, cuya función es adaptarse a las paredes de la arteria y mantenerlas permeables sin que se vuelvan a cerrar.

Tras la revascularización de las arterias obstruidas, el paciente ingresa en la unidad de cuidados intensivos, para su control y recuperación.

## 4 Discusión-Conclusión

En España, el infarto agudo de miocardio es una de las principales causas de muerte.

Es necesaria una actuación inmediata, por lo que la población debe estar concienciada en reconocer sus síntomas y acudir a un centro hospitalario de manera precoz.

La educación sanitaria tiene un papel importante a la hora de prevenir los infartos agudos de miocardio, ya que es de vital importancia llevar una dieta saludable, practicar ejercicio físico evitando una vida sedentaria, no abusar del tabaco y del alcohol. Todo ello conlleva a mejorar el flujo de las arterias, pudiendo evitar así posibles obstrucciones arteriales que desemboquen en un IAM.

El tratamiento de elección de infarto agudo de miocardio con elevación del segmento ST es la angiografía coronaria con posible revascularización de los tejidos mediante el cateterismo percutáneo.

# 5 Bibliografía

1. Degano IR, Elosua R, Marrugat J. Epidemiología del síndrome coronario agudo en España: estimación del número de casos y la tendencia de 2005 a 2049. Rev Esp Cardiol. 2013. Vol 66 n 6: 472-81.
2. Esteva Espinosa E. Infarto agudo de miocardio. Clínica y tratamiento. OFFARM.
Mar 2009. Vol 28 n 3.
3. Canabal Berlanga A, et al. Resultados de la realización de procedimientos de revascularización coronarios percutáneos sin la presencia de cirugía cardiaca. Med intensiva. Oct 2006. Vol 30 n 7: 331-34.

## Capítulo 24

# ENFERMERÍA SU IMPORTANCIA ANTE EL CÁNCER PEDIÁTRICO Y FALLECIMIENTO: IMPACTO A NIVEL LABORAL

MARIA ANGELES RUIZ REYES

ANA BELEN CORTES VELA

ROSALÍA MONREAL RUIZ

ALICIA MONREAL RUIZ

LIDA ESTHER VIDAL PELAEZ

## 1 Introducción

Gran parte del trabajo de enfermería tiene que ver con la psicología, ayudar al paciente y a la familia a afrontar la nueva situación de proceso patológico. Y resulta que en ciertas situaciones ni el profesional está preparado para afrontar dicha situación, en ocasiones se trata de enfermedades crónicas, de diagnósticos de alta gravedad o incluso de muerte, que dependiendo el tipo de paciente es más o menos duro de afrontar.

Los profesionales de enfermería no son inmunes a estos procesos emocionales tan intensos y al final resultan influenciados emocionalmente. Cuando se trata de pacientes pediátricos la situación es realmente dura, el proceso de enfermedad

y muerte va en contra de la naturaleza, por lo que enfrentarse a ello a diario llega a hacerse cuesta arriba. No solo tiene repercusión a nivel laboral, sino que también a nivel personal.
Es inevitable crear vínculos emocionales con los pacientes y familiares, al final y al cabo se trata de seres humanos que tienen relación durante muchos días y esto conlleva un gran impacto emocional. Las investigaciones sobre este tema exponen que los profesionales que trabajan en servicios pediátricos poseen alteraciones tanto en su salud mental como física, como resultado de su día a día en la atención y cuidados a este tipo de pacientes.
A la hora del diagnóstico y de un tratamiento son los sanitarios los que realizan un papel importante y fundamental. Por lo que el equipo de enfermería precisa de una buena preparación y conocimientos clínicos y por otra parte también un buen desempeño de ellos y así conseguir cuidados e intervenciones de calidad. Estos profesionales se ven influenciados emocionalmente por el proceso de muerte y los cuidados necesarios en los últimos días. Esto quiere decir que a menudo se enfrentan al duelo y a un gran abanico de sentimientos y emociones que pueden llegar a afectar a la salud.

## 2 Objetivos

Objetivo principal:
- Estudiar la evidencia sobre la actuación de enfermería ante el cáncer pediátrico.

Objetivos secundarios:
- Agrupar el conocimiento actual.
- Exponer de manera sencilla las intervenciones en dicha situación.

## 3 Metodología

Se realiza una revisión bibliográfica pensando en el tema de exposición emocional de los profesionales de la salud que trabajan en los servicios pediátricos.
Se cree que es un tema interesante para facilitar a la enfermería la actuación en estos momentos tan duros, y para así beneficiar a los familiares que el objetivo de la enfermería el cuidado tanto del paciente como de sus familiares.
Para la elaboración del presente trabajo no solo se ha llevado a cabo una investigación activa en libros sino también que se han utilizado las principales bases de datos para obtener los artículos.

La cadena de búsqueda desarrollada para este trabajo es: duel*[tiab] AND nursing [tiab]
Criterios de inclusión de los artículos escogidos para esta revisión bibliográfica:
- Estudios publicados desde el 2010 en adelante.
- Disponibles a texto completo en las bases de datos revisadas.
- Evidencia publicada en inglés.

## 4 Resultados

Tanto los familiares como los profesionales describen la situación de cáncer pediátrico en términos de injusticia y catástrofe, a pesar de ello son capaces de darle la vuelta y llegar a aprender de la situación, y verlo como una oportunidad para el desarrollo personal.
Un punto delicado es la etapa de desarrollo en la que esté el paciente para llegar a entender el diagnóstico o en la capacidad que puede tener para aceptar el tratamiento, incluso para expresar los posibles efectos adversos que pueda llegar a tener. Se detectó que hay una gran diferencia entre si el paciente se encuentra en la etapa de la niñez o en la etapa de adolescencia. Esto quiere decir, que la enfermeras tienen que buscar diferente métodos de abordaje al paciente para que dentro de sus capacidades puedan llegar a entender o ceder todo lo relacionado con las intervenciones y el tratamiento.
Un gran grupo de enfermeras remarcaron la dificultad de afrontar y superar la muerte y el duelo cuando un paciente fallece. Se trata de procesos patológicos muy intensos y normalmente de años de duración, lo que favorece la aparición de vínculos emocionales tanto con el paciente como con los familiares.
Con respecto a los métodos de afrontamiento algunos de los más utilizados son la fe o espiritualidad, el diálogo y el distanciamiento. Las dos primeras según la evidencia refieren ser las más sanas para superar este tipo de situaciones. El distanciamiento es una de las más utilizadas por la facilidad, y porque no implica el dejar de hacer sus funciones como profesional, sino que se encuentra una relación meramente profesional, sin vínculos afectivos. La problemática en este método viene siendo es que al profesional se le considera como un persona fría y que no le preocupa el bienestar ni del paciente ni el de sus familiares.

## 5 Discusión-Conclusión

Los conocimientos sobre la muerte y el proceso del duelo suelen ser deficitarios en el equipo de enfermería de estas unidades, por lo que resulta una necesidad

suplir estas limitaciones. Dichas limitaciones puede llegar a ser perjudiciales, ya que no se desarrollan capacidades para el manejo asertivo de la situaciones y las destrezas clínicas que se deben tener.
Es necesario una buena preparación y una buena educación en lo referido al abordaje de la enfermedad teniendo en cuenta las diferente edades en las que se puede presentar el proceso patológico.
Es importante remarcar que las directivas de los centro clínicos valoren como es debido la enorme complejidad que la relación paciente- familiar- profesional posee, por lo que deberían incluir un servicio de psicología ligado a estos procesos para cuidar la salud mental de todas la personas involucradas en el proceso patológico con graves diagnósticos en estos paciente pediátricos.

## 6 Bibliografía

1. Rosado-Pérez G, Varas-Díaz N. Experiencias y proceso de duelo entre profesionales de enfermería oncológica pediátrica: experiences and grieving process among pediatric cancer nurses.
Rev Puertorriquena Psicol. 2019 Jul-Dec;30(2):290-306. PMID: 32362997; PMCID: PMC7195809.
2. Ball JW, & Bindler RC (2010). Enfermería Pediátrica: Asistencia Infantil (Vol. 4). Madrid, España: Pearson Educación, S.A.
3. Aradilla A (2013). Inteligencia Emocional y variables relacionadas en Enfermería. (Tesis doctoral, Universidad de Barcelona) Recuperado de http://hdl. handle.net/10803/119774.

## Capítulo 25

# REPERCUSIONES DE LA CONTAMINACIÓN SOBRE EL ÁMBITO SANITARIO

SARA MUÑOZ MARÍN

LORENA ORTIZ ORTIZ

ELENA MUÑOZ MARÍN

## 1 Introducción

"Se entiende por contaminación atmosférica la presencia en el aire de sustancias y formas de energía que alteren su calidad, de modo que implique riesgo, daño o molestia grave para las personas y los bienes de cualquier naturaleza".
Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) la contaminación atmosférica urbana aumenta el riesgo de padecer enfermedades respiratorias agudas (neumonía) y crónicas (cáncer de pulmón, enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), bronquitis crónica y enfermedades cardiovasculares). Va a afectar a corto y largo plazo.
En los países desarrollados un 20 % de las enfermedades respiratorias pueden deberse a factores ambientales, ya que estos pueden causar efectos perjudiciales a determinadas concentraciones, siendo en algunos casos en pequeñas concentraciones.
La respuesta a los agentes ambientales varía en la población, siendo algunas personas más vulnerables que otras (ancianos, niños, personas con pluripatologías). El conjunto de varios factores puede tener graves riesgos para la salud.

Las enfermedades respiratorias (asma y alergias) se atribuyen fundamentalmente a factores ambientales como el clima y la contaminación atmosférica. Los agentes contaminantes que normalmente desencadenan la aparición de estas enfermedades son el azufre, óxido de nitrógeno, partículas finas en suspensión, hidrocarburos, compuestos orgánicos volátiles, etc. Todos estos agentes son originados entre otros por: el tráfico, las calefacciones, industrias, centrales energéticas, refinerías e incineradoras.
Además, el impacto del cambio climático tiene una notable repercusión sobre la situación sanitaria (cambios bruscos de temperatura), especialmente las "olas de calor" que elevan la tasa de mortalidad en nuestro país. La disminución de la capa de ozono por la contaminación atmosférica ha generado mayor exposición a la radiación ultravioleta asociada a un aumento de cataratas, cáncer en la piel y alteraciones inmunitarias, mientras que las radiaciones ionizantes pueden provocar lesiones radiológicas, leucemia, quemaduras y enfermedades oncológicas.
Otro factor a considerar es la contaminación acústica, ya que genera trastornos cardiovasculares, auditivos, estrés y trastornos del sueño.
El agua de consumo es otro factor de riesgo. En ocasiones se han dado brotes por el consumo de agua no potable, pero se encuentran problemas de contaminación química en origen y por los materiales que se instalan para el abastecimiento. Los contaminantes más habituales son los nitratos, plaguicidas, plomo, arsénico, arcrilamida, cloruro de vinilo, boro, floruro y epiclohidrina.

## 2 Objetivos

Objetivo principal:
- Conocer los efectos que provoca la contaminación sobre la salud.

Objetivos secundarios:
- Identificar las principales situaciones de riesgo para evitar la sobreexposición.
- Destacar el rol del personal de enfermería como parte integrante del abordaje de estos pacientes.

## 3 Metodología

Para elaborar este capítulo se ha realizado una investigación consistente en una revisión bibliográfica de estudios ámbito nacional e internacional, usando una serie de "palabras clave": contaminación, cuidados de enfermería, abordaje multidisciplinar, enfermedades respiratorias; que he introducido en diversas bases

de datos, tales como; Medline, 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 contaminación atmosférica tiene un componente local y otro de carácter global. Hay situaciones de contaminación atmosférica que sólo se van a desencadenar en determinados ambientes (smog fotoquímico por ejemplo en las concentraciones urbanas sobretodo en la primavera) y hay otras situaciones de carácter más generalizado que van a afectar a áreas geográficas más amplias (aumento de la radiación ultravioleta por ejemplo).

Una exposición prolongada en el tiempo a las partículas contaminantes del aire podría ocasionar un infarto de miocardio, insuficiencia cardiaca, ictus isquémico, una insuficiencia cardíaca, alteraciones en el sistema inmunológico, cáncer, diferentes problemas dermatológicos (alergias cutáneas y oculares), etc.

La contaminación se relaciona también con diabetes y disfunciones metabólicas y a nivel conductual, con riesgo de depresión y ansiedad, así como, alteración de la capacidad cognitiva en adultos.

Mediante la concienciación y formación en el ámbito del medio ambiente, la gente cada vez toma más conciencia de cómo actuar frente a los factores contaminantes cambiando ciertos hábitos enfocados hacia una mejora de la calidad de vida.

La contaminación atmosférica, del agua, acústica, las emisiones químicas, el ozono, la contaminación alimentaria y las consecuencias del cambio climático van a ser los principales problemas relacionados con la salud y que sus efectos van a ser cada vez más significativos sobretodo en personas vulnerables (embarazadas, personas mayores, niños, inmunodeprimidos).

Por tanto, la contaminación atmosférica es uno de los principales riesgos para la salud pública, siendo una de las causas más influyentes de defunciones en el mundo, lo que va a suponer un 12 % de las muertes totales. Es un problema mundial pero los niveles de contaminación y el impacto que genera sobre la salud no se distribuye de forma homogénea en el mundo: son más elevados en países del Sur y Sudeste de Asia y de África central y más bajas en países más ricos (pero representa un grave problema de salud pública en Europa).

Las estrategias dirigidas a minimizar los efectos del cambio climático promueven la reducción de la contaminación atmosférica, fomentan el aumento de la actividad física (caminar, ir en bicicleta) y un mayor acceso a espacios verdes.

El plan de cuidados del personal de enfermería para tratar las enfermedades respiratorias ocasionadas por la contaminación atmosférica (asma, EPOC, neumonía, bronquitis crónica) incluye varias actividades, tales como; monitorización de constantes vitales (registro de frecuencia cardiaca, respiratoria, tensión arterial, saturación de oxígeno, glucemia, presión venosa central, etc.), vigilancia del patrón respiratorio (frecuencia, profundidad, ritmo, calidad de las respiraciones, estertores, etc.), valorar la presencia de tiraje ocasionado por la musculatura accesoria (escalenos, subclavios, pectorales, trapecio, dorsal ancho, etc.), valorar el estado de la piel (controlar la cianosis periférica detectando palidez, cambios de temperatura, humedad, etc.) y vigilar y registrar la presencia de secreciones bronquiales y su aspecto (cultivos y reflejo tusígeno). Debe favorecerse una adecuada expansión de la caja torácica retirando objetos o ropa que lo dificulten. Se ha de evitar la sobrecarga de líquidos (estricto balance hídrico mediante sondaje vesical). Se debe valorar continuamente el nivel de conciencia del paciente (agitación o letargo). Colocar al paciente en una postura adecuada a su patología favoreciendo la expansión torácica (semi-Fowler o Fowler alta). Colocación de catéter arterial (gasometrías). Administración de oxigenoterapia en caso de que sea necesario (mejorando la saturación de oxígeno). Y por último, vigilar el estado nutricional del paciente (mantener una adecuada hidratación y nutrición).

## 5 Discusión-Conclusión

Los planes de cuidados de enfermería son una herramienta muy útil porque favorecen una mejor comunicación con los pacientes y entre los profesionales sanitarios, potenciando la continuidad de los cuidados, fomentando la formación para el desarrollo de la profesión y ofreciendo la aplicación del proceso enfermero en su registro e implementación.

Por tanto el rol de enfermería en este ámbito es esencial para poder abordar patologías respiratorias derivadas de la contaminación atmosférica (neumonías, EPOC, bronquitis crónicas, asma bronquial, cáncer de pulmón, etc.), concienciando a la población sobre la importancia de evitar la sobreexposición a estos factores adversos (ir en bicicleta, caminando, evitar ciertos espacios), tratando de promover su calidad de vida y minimizando el impacto de estos condicionantes sobre el ámbito sanitario.

Se trata de hacer especial hincapié frente al colectivo más vulnerable (ancianos, niños, embarazadas, personas inmunodeprimidas, etc.).

# 6 Bibliografía

1. Ballester, F. y Boldo, E. Los efectos de la contaminación del aire sobre la salud de las personas y las poblaciones. 2010.
2. Valent F, Little D, Bertollini R, Nemer LE, Barbone F, Tamburlini G. Burden of disease attributable to selected environmental factors and injury among children and adolescents in Europe. 2004.
3. Ellwood P, Asher MI, Beasley R, Clayton TO, Stewart AW; ISAAC Steering Committee. The international study of asthma and allergies in childhood (ISAAC): phase three rationale and methods. Int J Tuberc Lung Dis. 2005.
4. Patz JA et al. The Potential Health impacts of climate variability and change for the United States: executive summary of the report of the health sector of the U.S National Assessment. Environ Health Perspect 2000.
5. Díaz J, Linares Gil C, García Herrera R. Impacto de las temperaturas extremas en la salud pública: futuras actuaciones. Rev Esp Salud Pública. 2005.
6. Ballester F. Contaminación atmosférica, cambio climático y salud. Rev Esp Salud Pública. 2005.
7. Montero JC, Mirón IJ, Díaz J, Alberdi JC. Influencia de variables atmosféricas sobre la mortalidad por enfermedades respiratorias y cardiovasculares en los mayores de 65 años en la Comunidad de Madrid. Gac Sanit. 1997.
8. Espigares M., P Lardelli, et al. Evaluating trihalomethane content in drinking water on the basis of common monitoring parameters: regression models. J Environ Health 2003.
9. Exploring the ancillary benefits of the Kyoto Protocol for air pollution in Europe European Environment Agency. Bruselas: Copenhagen: European Environment Agency. 2004.
10. Ana Santurtún et al. Análisis de la relación entre la enfermedad pulmonar obstructiva crónica y los contaminantes atmosféricos, atendiendo al origen y trayectoria de las masas de aire en el Norte de España. Arch. Bronconeumol. 2017.
11. A Committe of the Environmental and Occupational Health Assembly of the American Thoracic Society. Health effects of outdoor air pollution. Am J Respir Crit Care Med. 1996.
12. Bates D. Health Indices of the Adverse Effects of air Pollution The Question of Coherence. Environ Res. 1992.

## Capítulo 26

# INTERVENCIONES DE APOYO PARA LOS PROFESIONALES SANITARIOS DURANTE EPIDEMIAS O PANDEMIAS

ANDRES GARCÍA SORROCHE

AMANDA GONZÁLEZ HERNÁNDEZ

ELENA AMOR LIBRAN

NURIA REDONDO HERNANDO

MARIA CASTELLANOS GÓMEZ

## 1 Introducción

Los trabajadores de la salud corren el riesgo de desarrollar problemas de salud mental a corto y largo plazo, según la evidencia de epidemias de enfermedades.

La OMS advierte sobre el impacto negativo del Covid-19 en los profesionales sanitarios y sociosanitarios. Los síntomas de estos problemas de salud mas comunes son falta de motivación, cansancio, estrés, depresión, incertidumbre, nerviosismo, sentimientos de irritación, ansiedad, ira, dificulta para dormir y concentrarse y problemas cognitivos y sociales asociados. Los efectos negativos de la salud mental pueden dar lugar a conductas poco saludables como abuso de alcohol, tabaco o drogas que pueden llegar a contribuir la reducción de capacidad para desempeñarse en el trabajo. Los profesionales de salud que experimentan problemas de salud mental pueden tener altos niveles de ausentismo.

La OMS define la salud mental como un estado de bienestar en el que cada individuo es consciente de su propio potencial, puede hacer frente a las tensiones normales de la vida, puede trabajar de manera productiva y fructífera, y es capaz de hacer una contribución a su comunidad. El término ”salud menta” describe el bienestar psicológico y emocional de una persona.

La salud mental de los profesionales sanitarios de primera línea puede verse afectada de forma negativa al presenciar la muerte y sentirse impotentes ante el alto número de muertes de pacientes. Durante las epidemias de enfermedades contagiosas, los profesionales sanitarios de primera línea experimentan preocupaciones particulares sobre el riesgo de infección.

## 2 Objetivos

- Identificar barreras y facilitadores que pueden afectar la implementación de intervenciones destinadas a apoyar la resiliencia y salud mental de los profesionales sanitarios de primera línea durante y después de un brote de enfermedad, epidemia o pandemia.
- Evaluar los efectos de las intervenciones destinadas a apoyar la resiliencia y salud mental de los profesionales de primera línea.

## 3 Metodología

Para abordar los objetivos se llevarán a cabo varios ensayos como son: ensayos aleatorios, ensayos no aleatorios, estudios controlados antes y después, y estudios de series de tiempo interrumpido.

La clasificación de los estudios se basó en el tipo de datos extraídos y utilizados para la síntesis de la evidencia cualitativa, en lugar del diseño del estudio planificado previamente. Se excluyeron las investigaciones secundarias.

## 4 Resultados

Se tuvieron en cuenta 3315 resúmenes y se aplicaron criterios de inclusión a 137 textos completos. Se excluyeron 111 artículos. Eso, dejo 26 artículos que cumplieron con los criterios de inclusión.

Uno de los estudios que cumplieron con los criterios de inclusión evaluó solo un

resultado relevante para esta revisión ,mediante preguntas de la Escala de calidad profesional, que se consideró relevante para el resultado de agotamiento.

Los siguientes 7 estudios se clasificaron con estudios cualitativos y el resto de estudios se clasificaron como estudios descriptivos.

13 de los 16 estudios informaron claramente el numero de participantes. Hubo un total de 1268 participantes, con estudios que oscilaron entre 13 y 253 participantes. La mayoría incluía una combinación de diferentes profesionales sanitarios, de los cuales la mayoría eran médicos o enfermeros.

En cuanto al tema de enfermedades, 2 de los estudios se centraron en el brote de SARS de 2003 en Taiwan, 9 estudios en cambio se centraron en el brote de enfermedad por el virus del Ébola de 2014 a 2016, 1 estudio se centró en el brote de MERS de 2015 en Corea del Sur y el resto de estudios se centraron en la pandemia de Covid-19, realizados entre enero y abril de 2020.

Si tenemos en cuenta el lugar de las intervenciones, hay que afirmar que 8 de los estudios se centraron en intervenciones de apoyo psicológico en los que se llevaron a cabo medidas como servicios de línea directa destinado a brindar apoyo psicológico. 6 delos estudios proporcionaron intervenciones en el lugar de trabajo, entre los que se llevaron a cabo intervenciones multifacéticas, cursos de capacitación o retratos de EPP. Los otros dos estudios se centraron en una intervención multifacética. Hay que tener en cuenta que hay varios estudios en curso y otros en espera de clasificación.

## 5 Discusión-Conclusión

El equipo de revisión experimentó una serie de desafíos para tomar decisiones sobre la inclusión de algunos artículos, en particular, artículos que describían barreras y facilitadores para implementación de una intervención. Los autores de la revisión informaron que encontraron que algunas decisiones eran complejas y difíciles por la falta de información.

El equipo de revisión era consciente de que la naturaleza rápida de la revisión impactó en las oportunidades de reflexión, particularmente durante la síntesis de evidencia cualitativa. Esta etapa habría sido útil, promoviendo oportunidades para verificar el sentido y reflexionar sobre los hallazgos.

Varias de las intervenciones en el lugar de trabajo que se identificaron eran mul-

tifacéticas y no estaban dirigidas específicamente a apoyar el bienestar mental y la resiliencia de los trabajadores de primera línea.

A los revisores les resulto difícil descifrar si las barreras y los facilitadores identificados eran relevantes para el impacto de la intervención en la salud mental y la resiliencia de los trabajadores de primera línea. La falta de tiempo limitó las oportunidades para reflexionar sobre estos temas.

## 6 Bibliografía

1. Blake 2020.
2. Brown-Johnson 2020.
3. Cheung 2015.
4. De Jong 2019.
5. Ferranti 2016.

## Capítulo 27

# EL DOLOR NEONATAL Y LAS ESCALAS MÁS USADAS EN NEONATOS PARA LA MEDICIÓN DEL DOLOR

ANA BELÉN SÁNCHEZ PASTOR

MARÍA JOSEFA MOLINA CIUDAD REAL

MARÍA HERNÁNDEZ SÁNCHEZ

MAEBA RIVAS MUÑOZ

LOURDES SERRANO RABANAL

## 1 Introducción

Definición de dolor: la Asociación Internacional para el Estudio del Dolor (IASP) lo define como: ”una experiencia sensitiva y emocional desagradable ocasionada por una lesión tisular real o potencial”.
Los recién nacidos a menudo tienen que someterse a intervenciones invasivas. Los niños que necesitan cuidados intensivos en particular, experimentan repetidos procesos dolorosos, sin analgesia adecuada en la mayoría de los casos.
El tratamiento inadecuado del dolor conduce a una mayor morbilidad y mortalidad.
Los recién nacidos son incapaces de expresar verbalmente sus sentimientos, por lo que la evaluación del dolor durante este período de la vida se basa en métodos indirectos, que observan los cambios de comportamiento y cambios en las variables fisiológicas de los recién nacidos en respuesta a estímulos dolorosos.

Las ideas preconcebidas sobre la percepción del dolor en los recién nacidos son responsables de la falta o el tratamiento insuficiente de esta área a lo largo de los años. Hace tiempo se pensaba que la incapacidad de los niños para verbalizar sus sentimientos y expresar su dolor era sinónimo de no tener la capacidad para experimentarlo y poder recordarlo. En los últimos años, muchos avances en el cuidado y manejo de los recién nacidos han ayudado a mejorar significativamente la supervivencia de los estos pacientes críticos que se someten numerosas intervenciones dolorosas. El manejo del dolor se ha convertido en una parte importante de la atención neonatal. Se debe enfatizar la importancia de la educación sanitaria por parte del personal de salud cuando los pacientes neonatales se enfrentan al dolor o estímulos dolorosos.

## 2 Objetivos

Objetivo principal:
- Analizar y evaluar el impacto del dolor en el recién nacido.

Objetivos secundarios:
- Aumentar la sensibilidad de los profesionales de la salud al dolor neonatal.
- Proporcionar las escalas más utilizadas para distinguir el dolor neonatal.

## 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.
Palabras clave. Dolor o neonatal, UCI neonatal, método canguro, sacarosa neonatal, cuidados neonatales, tratamiento no farmacológico neonatal.
Las búsquedas se limitan a trabajos publicados a nivel nacional e internacional en los siguientes idiomas: español e inglés.
Se incluyeron las publicaciones que se centraron solo en los recién nacidos, incluidos los estudios de niños pediátricos. Otro criterio de inclusión fueron los artículos de profesionales de la salud que presentaban enfermeras.

# 4 Resultados

Los niños con condiciones clínicas que requieren ingreso en la unidad de cuidados intensivos neonatal (UCI-N) experimentan dolor provocado por la propia enfermedad o por los numerosos procedimientos diagnósticos y terapéuticos a los que han sido sometidos. Experimentan ansiedad y angustia fácilmente.
Aunque el dolor es casi una parte integral de las enfermedades graves y los traumatismos en los niños, su tratamiento adecuado sigue estando en segundo lugar después del diagnóstico y las medidas de soporte vital.
Los niños a menudo no reciben tratamiento o reciben un tratamiento insuficiente, incluso en procedimiento o intervención dolorosa, incluso cuando el dolor es evidente.
Distinguir la posibilidad de estrés y dolor es uno de los mayores desafíos, requiriendo la presencia constante de enfermería para así responder a las señales que presenta el recién nacido.
En ambos casos, la principal estrategia es la prevención. El dolor requiere tratamientos tanto farmacológicos como no farmacológicos, el estrés requiere medidas de comodidad, reducción de los factores ambientales que pueden contribuir al estrés y, en ocasiones, sedación, todo lo cual realza la importancia de las medidas no farmacológicas que se pueden tomar para ayudar a tratar el dolor y el estrés en los recién nacidos.
A los 20-22 SG, el feto es capaz de responder a los estímulos ambientales. Mejoramos la eficacia de la atención previniendo, limitando o evitando estímulos que puedan ser percibidos como nocivos. Se ha demostrado que los niños que reciben este tipo de atención en la UCIN tienen mejores resultados neuroconductuales, mejor tolerancia intestinal y menos necesidad de asistencia respiratoria. Si bien el dolor puede servir como advertencia de una lesión, el dolor persistente que no se alivia puede provocar una respuesta de estrés perjudicial en los bebés muy prematuros. Hay pruebas interesantes de que la analgesia ”profiláctica” en el tratamiento de los recién nacidos prematuros mejora los resultados neurológicos en los niños.
La Asociación de Diagnósticos de Enfermería de América (NANDA) también emitió una declaración relacionada con el dolor y utilizó las definiciones dadas por la IASP para distinguir el dolor agudo del dolor crónico, asumiendo un diagnóstico de enfermería específico del dolor, enfocando sus intervenciones en reducir o eliminar la causa del dolor.

Escalas de medición del dolor.
1. PIPP: una escala de medición multidimensional desarrollada para recién naci-

dos a término y prematuros. Es bien aceptada, considera la edad gestacional. Consta de siete parámetros, incluidos indicadores de comportamiento, desarrollo y fisiológicos. Se puede utilizar para evaluar el dolor posoperatorio y el dolor de procedimientos clínicos en recién nacidos entre 28 y 40 semanas de gestación. Su consistencia interna, validez y confiabilidad la convierten en una buena escala de evaluación para recién nacidos prematuros. Si la puntuación es superior a 12, el dolor requerirá intervención farmacológica.

2. NIPS: utilizado para evaluar el dolor secundario al realizar un procedimiento o intervención. Se utiliza en recién nacidos entre 28 y 38 semanas de gestación. Su fiabilidad y validez estadística también son aceptables. Fue creado para evaluar procedimientos de dolor en recién nacidos a término y pretérmino, aunque luego fue validado para medir el dolor postoperatorio. Solo examina parámetros de comportamiento como las expresiones faciales, el llanto, los movimientos y el tono del cuerpo y el estado de excitación. Dado que no hay necesidad de medir parámetros fisiológicos, se puede adaptar a bebés sanos y nacidos a término sin equipo ni personal especializado. La herramienta no viene con recomendaciones de intervención, pero generalmente sugiere que cuando un niño obtiene una puntuación en el medio de cualquiera de las escalas sugeridas (en el caso de NIPS, 4 o más), significa que el paciente experimenta dolor de moderado a grave, por lo tanto, el tratamiento farmacológico es razonable.

3. CRIES: esta es una medida del dolor postoperatorio. Evalúa cinco parámetros fisiológicos y de comportamiento. Suele utilizarse en recién nacidos entre las 32 y 36 semanas de gestación. Su validez y fiabilidad son buenas. Las puntuaciones en esta escala van de 0 a 10, donde una puntuación inferior a 4 indica dolor moderado que requiere alivio general sin medicación, pero una estimación igual o superior a 5 es compatible con dolor intenso que requiere medicación.

4. NFCS: Sistema de codificación basado en cambios faciales, que puede utilizarse para el dolor postoperatorio. Buena fiabilidad y validez.

5. Susan Givens Bell: llamada escala de calificación del dolor. Es la escala más favorable creada por Susan Givens Bell, enfermera estadounidense del St. Petersburg Children's Hospital en Florida, para evaluar el dolor en los recién nacidos. La intensidad del dolor se evalúa mediante los cambios en los parámetros fisiológicos y de comportamiento, que permiten evidencia objetiva y cuantificable de la aparición e intensidad del dolor en el momento del proceso del dolor. La escala utilizada en el estudio científico del enfermero español Fernando Ibarra se denomina "Estudio multicéntrico sobre la valoración del dolor en niños pre-

verbales". Aplique la escala antes y después del procedimiento doloroso. Es práctico, objetivo y permite a las enfermeras evaluar rápidamente el dolor. Dado que no hay expresión verbal del dolor, la observación clínica de las respuestas del lenguaje corporal y los cambios en los signos vitales (FC, RR, BP y SaO2) es, con mucho, el medio más eficaz para identificar el dolor en los recién nacidos y prematuros. La escala más favorable para evaluar el dolor neonatal es la descrita por la enfermera norteamericana Susan Givens Bell del St. Petersburg Children's Hospital en Florida basada en la Attia Scale, que mide las respuestas al dolor en niños operados. La variable va de 0 a 2, donde 0 es sin dolor y 2 es el mayor dolor, y la puntuación total es de 0 a 20, donde: (<4 sin dolor), (5-8 dolor moderado), (>9 severo dolor).

6. Puntaje EDIN: esta escala evalúa la expresión facial, el tono muscular, el sueño, las relaciones y contactos con las personas y el entorno, y puede ser utilizada para bebés prematuros entre 25 y 36 SDG, pero no para uso durante sedación También es importante destacar que los aspectos de esta escala pueden estar relacionados con cambios básicos de estrés, malestar, agresión en el ambiente físico, sueño, succión, afecto y contacto con la madre. Por lo tanto, es necesario mantener estos aspectos cubiertos tanto como sea posible para que la escala sea más adaptable al dolor. Las puntuaciones van de 0 a 12, y las puntuaciones más altas indican mayor dolor.

7. Escala de Confort (Evaluación de la Ventilación): evalúa signos conductuales y fisiológicos, como ventilación espontánea o asistida, vigilia o sedación, tono muscular, movimientos corporales, expresiones faciales y signos vitales (frecuencia cardíaca y presión arterial). Es ideal para unidades de cuidados intensivos neonatales y pediatría. La escala de comodidad mide 7 parámetros, cada uno en una escala de 1 a 5; así, para el dolor extremo, el puntaje más alto alcanzable es 35, y el 7 más bajo indica un control adecuado del dolor. Sedación excesiva 8 a 16, sedación apropiada 17 a 26 y sedación no suficiente 27 a 35.

8. Amiel- Tison: útil para el primer y próximos 3 meses. Mide los signos conductuales como el sueño, las expresiones faciales, el llanto y el movimiento espontáneo. En niños con ventilación y relajación muscular y sin expresión facial, el grado de dilatación de la pupila sirve como una medida indirecta de la actividad anestésica para evaluar el dolor. La escala consta de 10 indicadores de comportamiento, cada uno con un valor de 0 a 2, con una puntuación total de 20, donde las puntuaciones más altas indican menos dolor. Los puntajes por debajo de 15 requieren manejo del dolor.

9. COVERS: la evaluación se basa en seis elementos físicos y conductuales diferentes. Cada ítem tiene 0, 1 o 2 puntos posibles, para un máximo de 12 puntos en total. Las mediciones fisiológicas incluyen cambios en la frecuencia cardíaca, la presión arterial y la frecuencia respiratoria. Las señales de comportamiento incluyen expresiones faciales, estados de reposo, movimientos corporales y llanto.

10. La escala de LLANTO: entre las escalas de dolor agudo validadas, la escala del llanto estaba originalmente en español y es fácil de recordar. Su estudio de validación se realizó en España, creado por el Dr. Francisco Renoso Barbero y sus colaboradores, quienes investigaron la validez discriminativa.

## 5 Discusión-Conclusión

Se observa como existe falta de conocimiento o nociones preconcebidas sobre el dolor neonatal y como esto ha contribuido a lo largo del tiempo en llevar a cabo medidas o tratamientos inadecuados en prematuros. Se aprecia que se ha avanzado mucho en el manejo del dolor neonatal con la creación de escalas para conocer de una forma más exacta el dolor al que se puede enfrentar el paciente prematuro, ante las diversos procedimientos e intervenciones que se le realizan. Se observa la importancia de la educación en salud sobre el dolor neonatal. En la mayoría de los casos, los profesionales adquieren conocimientos sobre cómo manejar el dolor en los recién nacidos a través de la experiencia profesional. La educación y capacitación previas del personal de la UCI neonatal sobre el manejo de escalas, la evaluación del dolor y la implementación de estas medidas no farmacológicas mejorarán la atención del prematuro.
Según la documentación y la investigación, el desarrollo de un plan de acción para el manejo del dolor neonatal en la UCIN mejorará la calidad del dolor neonatal.

## 6 Bibliografía

1. Gómez Paz Mercedes Olivia. El dolor en neonatología y práctica profesional. Diplomada en Enfermería. Enfermera del servicio de Neonatología del HUMV. Cantabria. Mayo 2013.Fundación de Enfermería de Cantabria .vol 2 num.9.Disponible:http://nc.enfermeriacantabria.com/index.php/nc/article/viewFile/47/45.
2. Sánchez Guisado, María del Mar. Guedes Arbelo, Chaxiraxi. Martos López, Isabel María. Cuidados del neonato prematuro centrados

en el desarrollo y la familia. Jornadas Internacionales de Investigación en Educación y Salud 2014. Disponible:http://www.ual.es/Congresos/jornadasinternacionalesdeinvestigacioneneducacionysalud/cuidados%20del%20neonato.pdf
3. Gallegos-Martínez Josefina, Salazar-Juárez Martha Dolor en el neonato: humanización del cuidado neonatal. Enf Neurol (Mex) Vol. 9 No. 1:26-31, 2010 ©INNN,2010.Disponible:http://www.medigraphic.com/pdfs/enfneu/ene2010/ene101h.pdf.
4. Vidal MA, Calderón E, Martínez E, Gonzálvez A, Torres LM. Dolor en neonatal.Rev.Soc.Esp.Dolor vol.12 no.2 Madrid mar. 2005. Disponible:http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-80462005000200006
5. Hernández-Trejo María, Sánchez-Jiménez Bernarda, Rosalba Barbosa-Ángeles. Dolor neonatal. ¿Es necesario evaluar el dolor por punciones transcutáneas? Perinatología y reproducción humana. Enero-Marzo, 2011 Volumen25,Número1pp10-16. Disponible:http://www.medigraphic.com/pdfs/inper/ip-2011/ip111c.pdf
6. Battaglini María, Banin Natalia y Bogado Mariela. Técnica para alivio del dolor, entre otros beneficios, durante la extracción de sangre en el recién nacido.Enfermeríaporlaprevención.OrgFechadepublicación24-02-2013. Disponiblehttp://www.enfermeriaporlaprevencion.org/tecnica-para-alivio-del-dolor-entre-otros-beneficios-durante-la-extraccion-de-sangre-en-el-recien-nacido/
7. Pérez Lafuente Eva (Enfermera. Centro Neonatal Hospital Clínico), Génoves Casquete Amparo (Enfermera. Centro Neonatal Hospital Clínico) y Muñoz Illescas MªLuisa (Enfermera. UCIN Hospital La Fe de Valencia). Valoracion y manejo del dolor en neonatos. EnfermeríaIntegral nº95 Septiembre 2011. Disponible.http://www.enfervalencia.org/pub/comunicacion/revista-ei.php
8. San Juan Orte Lucia. Manejo enfermero del dolor neonatal. Revisión bibliográfica.UniversidaddeValladolid(2015).Disponible:https://uvadoc.uva.es/bitstream/10324/11925/1/TFG-H277.pdf.
9. Díaz Gómez. N. Marta Escuela Universitaria de Enfermería y Fisioterapia. Universidad de La Laguna. Campus de Ciencias de la Salud. La Laguna. Tenerife. España. An Pediatr Contin. 2010;8:318-21 - Vol. 8 Núm.6. Disponible:http://www.apcontinuada.com/es/prevencion-del-dolor-el recien/articulo/80000588/
10. Aguilar Cordero María José, Baena García Laura , Sánchez López Antonio Manuel, Mur Villar Norma, Fernández Castillo Rafael e García García Inmaculada. Procedimientos no farmacológicos para disminuir el dolor de los neonatos; revisión sistemática. Nutr Hosp. 2015;32(6):2496-2507 ISSN 0212-1611 • CODEN

NUHOEQ S.V.R. 318. Disponible: http://www.aulamedica.es/nh/pdf/10070.pdf
11. González Fernández, CT; Fernández Medina, IS. Revisión bibliográfica en el manejo del dolor neonatal. ENE. Revista de Enfermería. Dic. 2012; 6(3). Disponible. http://www.index-f.com/ene/6pdf/6304.pdf
12.http://evidenciaencuidados.es/Simposio/oral/159_Elda_Baigorri.pdf. (2016).

## Capítulo 28

# ENFERMERÍA Y LOS PACIENTES CON CÁNCER DE PULMÓN

MARIA ANGELES RUIZ REYES

ANA BELEN CORTES VELA

ALICIA MONREAL RUIZ

ROSALÍA MONREAL RUIZ

LIDA ESTHER VIDAL PELAEZ

## 1 Introducción

El cáncer de pulmón es un problema muy serio para la salud pública, convirtiéndose en uno de los tumores más frecuente en el mundo. A pesar de luchar contra los diversos factores que influyen, su incidencia aumenta anualmente.
El consumo del tabaco es una de las principales causas de muerte. Las muertes por cáncer de pulmón superan a la de otros cánceres como son: el cáncer de mama y próstata, que son los otros tipos de tumores con mayor índice de mortalidad.
Entre los diferentes factores que pueden existir asociados a esta patología, el tabaco es el más estudiado llegando a la conclusión que el 80 % de las muertes por cáncer de pulmón son debidas al consumo de este.
Se puede decir que existe un importante efecto dosis-respuesta con incremento del riesgo en función de la cantidad de tabaco que consuma uno y el tiempo que se está fumando. Después de dejar de fumar el riesgo se reduce, pero nunca hasta los niveles basales.

La patología causante puede dividirse en dos grandes grupos:
1. Cáncer de pulmón microcítico: representa el 16% de los cánceres de pulmón y se caracterizan por poseer el curso clínico más agresivo de todos los cánceres de pulmón si dejamos al paciente sin tratar.
2. Cáncer de pulmón no microcítico: a diferencia del microcítico, representan el 84 % de los cánceres de pulmón, entre los que podemos destacar: carcinoma de células grandes, carcinoma de células escamosas y adenocarcinoma.

## 2 Objetivos

Objetivo principal:
- Conocer cómo influye el consumo de tabaco con las muertes de cáncer de pulmón.

Objetivos secundarios:
- Concienciar a la población sobre lo perjudicial que el tabaco para la salud de las personas.
- Fomentar el abandono del hábito tabáquico en la población.

## 3 Caso clínico

Paciente de 53 años de edad, casado, con dos hijos de 28 y 30 años de edad, fumador de dos cajetillas diarias de tabaco de Marlboro, con factores de riesgo cardiovasculares y con antecedentes de obesidad. Un día acude al servicio de Urgencias de su ciudad por presentar tos, dolor torácico y referir cansancio desde hace tres semanas de duración pero sin darle ningún tipo de importancia. El paciente se encontraba sin fiebre y sin pérdida de peso.
En la exploración física realizada al paciente observamos mal estado general del paciente, auscultación pulmonar con hipoventilación y acompañada de roncus dispersos.
En las pruebas de laboratorio realizadas se observó: leve síndrome inflamatorio, esputo negativo y anticuerpos VIH negativos.
En la radiografía de tórax que se le realizó al paciente se vio broncograma aérea y se le diagnóstico de neumonía bacteriana, por lo que se le administra tratamiento de antibiótico durante 2 semanas (cefalosporina) para que se lo tome en su domicilio y el paciente se va a su casa.
Después de transcurrir cuatro semanas, el paciente acude con su hijo de 30 años de edad de nuevo al servicio de Urgencias del hospital de su ciudad donde es ingre-

sado en planta para ser tratado por el personal del hospital, puesto que el estado de nuestro paciente empeoro con respecto a la última vez. Una vez ingresado en planta del hospital el estado del paciente no mejora por lo que es ingresado en la unidad de cuidados intensivos (UCI), apareciendo disnea, aumentando el dolor torácico y apareciendo una grave insuficiencia respiratoria que provoca que el paciente fallezca a las 6 horas en la UCI del hospital por un cáncer de pulmón.

## 4 Discusión-Conclusión

El cáncer de pulmón es una patología en aumento en la población mundial y tiene una baja tasa de supervivencia desde el momento del diagnóstico.
Como profesionales de la salud, debemos enseñar a las personas qué factores de riesgo deben evitar en su vida diaria, promover estilos de vida saludables para reducir la probabilidad de desarrollar estas enfermedades y señalar cuáles son los primeros signos y síntomas.
El papel de enfermería es determinante en todas las etapas del proceso oncológico. Una vez llegados a los estadios finales de la enfermedad, nuestras intervenciones se basarán en una atención integral y de calidad a través de la cual garantizamos el confort y el bienestar necesarios para los pacientes y su entorno para asegurar su privacidad y tranquilidad.

## 5 Bibliografía

1. Cáncer de Pulmón: síntomas, diagnóstico y tratamiento. Clínica Universidad de Navarra [Internet]. Cun.es. 2021 [citado el 6 Junio de 2021]. Disponible en: https://www.cun.es/enfermedades-tratamientos/enfermedades/cancer-pulmon.
2. ¿Qué es el cáncer de pulmón? | CDC [Internet]. Cdc.gov. 2021 [citado el 6 Junio de 2021]. Disponible en: https://www.cdc.gov/spanish/cancer/lung/basic_info/what-is-lung-cancer.htm.
3. Cáncer de pulmón - SEOM: Sociedad Española de Oncología Médica © 2019 [Internet]. Seom.org. 2021 [citado el 6 de Junio de 2021]. Disponible en: https://seom.org/info-sobre-el-cancer/cancer-de-pulmon?start=1.
4. Cáncer de pulmón de células pequeñas - Factores de riesgo y prevención [Internet]. Cancer.Net. 2021 [citado el 6 Junio de 2021]. Disponible en: https://www.cancer.net/es/tipos-de-c%C3%A1ncer/c%C3%A1ncer-de-pulm%C3%B3nde-c%C3%A9lulas-peque%C3%B1as/factores-de-riesgo-y-prevenci%C3%B3n.

5. Tabaco [Internet]. Instituto Nacional del Cáncer. 2021 [citado el 6 June 2021]. Disponible en: https://www.cancer.gov/espanol/cancer/causasprevencion/riesgo/tabaco

## Capítulo 29

# ENFERMERÍA ATENCIÓN PRIMARIA EN TRATAMIENTOS Y CONTROL DE LOS ANTICOAGULANTES

TATIANA CUESTA MATEOS

MARIA RODRIGO GAMARRA

SERGIO RODRÍGUEZ CAÑAMERO

SARA FERNÁNDEZ ARROYO

FRANCISCO JAVIER LÓPEZ MOLINA

## 1 Introducción

La prevención de eventos cardiovasculares ha ido aumentando de importancia debido a la gran morbimortalidad que puede evitar y a la gran carga económica que supone para el sistema de salud.
El tratamiento con anticoagulantes orales (ACO) está indicado en aquellos pacientes que presentan mayor riesgo de formar trombos, como los que padecen infarto agudo de miocardio, procesos tromboembólicos, arteriopatía periférica, fibrilación auricular, reemplazos valvulares o valvulopatías, pacientes con endoprótesis coronaria o stent, etc.
El objetivo de estos fármacos es alargar el tiempo de coagulación hasta un intervalo eficaz y seguro (rango terapéutico), en el que se evita la aparición de trombos sin provocar riesgo de hemorragia.

La aparición de nuevas técnicas que permiten el control del tratamiento anticoagulante en sangre capilar y su demostrada eficacia en la prevención y tratamiento de estas enfermedades, ha propiciado el aumento, por un lado, de la demanda de la población y, por otro lado, la disposición de los profesionales de atención primaria a realizar dicho control y seguimiento de los pacientes que, por sus características especiales, pueden ser atendidos en atención primaria manteniendo una estrecha colaboración con los servicios hospitalarios de Hematología. El profesional de enfermería de atención primaria juega un papel decisivo en el manejo y el control de los pacientes anticoagulados. Por ello, debe tener conocimientos sobre el funcionamiento del programa y habilidades técnicas para realizar dicha prueba.
Por tanto, una adecuada atención de enfermería permite minimizar el riesgo de hemorragia o trombo y adelantarse a cualquier circunstancia adversa que pueda ocurrir.

## 2 Objetivos

Objetivo principal:
- Mejorar los conocimientos sobre los anticoagulantes orales.

Objetivos secundarios:
- Conocer la situación actual del seguimiento de los pacientes que están con tratamiento anticoagulante.
- Conocer el papel de la enfermería de atención primaria en el control de los pacientes anticoagulados.

## 3 Metodología

El presente capítulo se trata de una revisión bibliográfica, realizado a través de una búsqueda en bases de datos, como Pubmed y la Biblioteca Cochrane; bibliotecas electrónicas, como Scielo; y artículos de revistas encontrados en Google Académico. Todos los artículos que se han añadido disponían de un resumen y acceso gratuito, desechándose aquellos que requerían suscripción económica a revistas. Dichos artículos están comprendidos entre los años 2000 y 2019. Las palabras claves usadas fueron: anticoagulantes orales, INR y cuidados de enfermería.

# 4 Resultados

Anticoagulantes orales:
La vitamina K es requerible para la correcta coagulación de la sangre, ya que participa como un cofactor en los condicionantes de coagulación II, VII, IX y X de la síntesis. Se encuentra en gran cantidad en ciertos fármacos como puede ser el (Konakion) y en vegetales de hoja verde, aunque también se consigue de modo endógeno a partir de la síntesis bacteriana en el tubo digestivo.
Los anticoagulantes orales son antagonistas de la acción de la vitamina K, provocando una inhibición a nivel hepático de los pasos para que la vitamina K se convierta en su forma activa (hidroquinona), esencial para la síntesis de los condicionantes de coagulación.
Clasificación:
Derivados cumarínicos:
- Acnocumarol o nicumalone: vida media bastante corta. Se usa en una dosis diaria. Es el que se utiliza en España (SINTROM de 1 y 4 mg).
- Warfarina: acción prolongada. Más usado en Gran Bretaña (Aldocumar 10 mg).
- Biscumacetato de etilo: debido a su corta duración está habitualmente en desuso.
- Femprocumón: acción más prolongada que el sintrom.
- Fluindiona: poco usado y solo en Francia.
Derivados de la indandiona:
Son combinados muy tóxicos de síntesis, por lo que no se aplican, al menos en nuestro país.
Contraindicaciones absolutas:
- Alergia al fármaco.
- Diátesis hemorrágica
- Embarazo.
- Hemorragia activa.
Contraindicaciones relativas:
- Hipertensión arterial deficientemente controlada (>180 sistólica ó >100 diastólica).
- Aneurisma aórtico o intracraneal.
- Problemas psicofísicos o culturales que compliquen la interpretación de las indicaciones.
- Perturbaciones de la marcha (en personas con predisposición a las caídas).
- Hepatopatía severa.
- Cirugía nueva del sistema nervioso o en las cirugías oftalmológicas
Interacciones:

1. Alimentos con alto contenido en Vitamina K: perejil, aguacate, espinaca, col rizada, coles de Bruselas, coliflor, , té verde, alcachofa, cilantro, menta.
2. Alimentos con contenido medio-moderado de Vitamina K: judías verdes, legumbres, apio, guisantes, hojas verdes de lechuga, ciruela, plátano, maíz, pistachos.
3. Medicinas alternativas:
- Potencian su efecto: salvia, papaya, ajo, ginkgo biloba, zumo de pomelo.
- Inhiben su efecto: coenzima Q10, té verde, ginseng, soja.
- No alteran su efecto: manzanilla, jengibre, jalea real, valeriana.
- Aumentan su efecto: la disfunción hepática (por la mengua de la síntesis de condicionantes de la coagulación) y de los estados hipermetabólicos (hipertiroidismo por el incremento del metabolismo de los condicionantes de coagulación, fiebre,).
- Disminuye su efecto el hipotiroidismo.

Control y seguimiento:

El tratamiento ACO precisa un estricto control de su dosificación y vigilancia clínica y analítica continua. Se monitoriza utilizando el tiempo de protrombina (TP) expresando en resultado en cociente normalizado internacional o INR: INR= (TP plasma del paciente en segundos/ TP plasma control en segundos) ISI. ISI es el índice de sensibilidad internacional de las diferentes tromboplastinas que se utilizan como reactivo. El ISI más sensible es 1 y es la referencia internacional. El objetivo de estandarizar el TP es que los resultados sean equivalentes en diferentes laboratorios y que no dependan del reactivo usado.

Manejo clínico del tratamiento con anticoagulantes:

Antes de iniciar el tratamiento, se debe hacer una valoración del paciente para determinar el riesgo de hemorragia y también para controlar posibles riesgos que son modificables, como puede ser el alcohol, existencia o no de cuidadores, modificación frecuente de la dieta. Los primeros controles se realizan a nivel hospitalario en el servicio de hematología, por las posibles pruebas que se necesiten o complicaciones que pudiesen ocurrir.

Si es necesario anti coagular de urgencia, se empieza con Heparina y con el ACO de forma simultánea durante el ingreso hospitalario. Cuando el INR esté dentro del rango terapéutico, se suprimirá la heparina durante 2 ó 3 días.

Los controles al principio se realizan de forma más frecuente, unas 2-3 veces por semana durante las primeras dos semanas, hasta que se consigue un INR terapéutico. Si el paciente se va de alta hospitalaria, se debe realizar durante la primera semana un nuevo control para poder determinar las posibles variaciones en cuanto a la dieta, hábitos de vida, etc.

El efecto de los cambios de dosis son perceptibles al menos 36 horas después, por lo que los ajustes de dosis se basan en la dosis total semanal (DTS), dosis distribuidas lo más homogéneamente posible durante los siete días. Lo que se hace es modificar solo algún día de la semana y realizar un control después de 2-3 días y antes de la toma de la dosis correspondiente a ese día, por si se tuviese que hacer alguna modificación.

Una vez que se alcanza la dosis terapéutica deseada, los controles se pueden espaciar cada 4-6 semanas y si los siguientes controles se mantienen dentro del rango y el especialista lo considera, el control se puede realizar en el ámbito de Atención Primaria.

En cuanto al Manejo por enfermería en atención primaria:

- Criterios de inclusión:

Podrán realizarse el control del INR en consulta de Atención Primaria aquellos pacientes mayores de 14 años que lleven seis meses de tratamiento y controles estables o que sean derivados por las unidades de hematología y consientan libremente el servicio.

1. Criterios de exclusión.

- Contraindicaciones relativas al TAO.
- Pacientes difíciles de controlar, con más de seis cambios importantes en las dosis en un año sin justificación.
- Gestantes o mujeres que deseen embarazo.
- Pacientes con dosis muy altas de sintrom.
- Pacientes que no deseen ser controles en AP.

2. Criterios de derivación:

- Cirugía mayor programada.
- Cirugía menor y exodoncias dentales en aquellos casos de complicaciones hemorrágicas o trombóticas previas o márgenes terapéuticos altos.
- Endoscopias.
- Pacientes difíciles de realizar un seguimiento.

Papel de la enfermería de atención primaria en el manejo de los ACO:

El enfermero de atención primaria juega un papel importante en el manejo y control de los pacientes con tratamiento anticoagulante. Por eso debe tener conocimientos, tanto del programa como de las técnicas para realizar la prueba.

Cuando el paciente llega por primera vez a la consulta de enfermería derivada del servicio de Hematología del hospital, se debe abrir una historia en el programa que se esté utilizando, por ejemplo, el TAOCAM, donde deben aparecer todos los datos que aparecen en la hoja del especialista, sobre todo los diagnósticos del paciente, el rango terapéutico, el fármaco y su exposición y, al menos, en tres

controles últimos del paciente.
Una vez registrado, se debe proceder a su valoración, poniendo énfasis en información que pueda ser útil, cómo hábitos alimenticios, rutinas, ejercicio y ingesta de alcohol; sobre todo en aquellos pacientes con tendencia a tener un INR alterado. Si el INR está por debajo del rango terapéutico, significa que el paciente tiene mayor riesgo de formar un trombo. Por el contrario, si el INR está por encima del rango, significa que tiene mayor riesgo de hemorragia.
En cuanto a la técnica para obtener el INR, se debe disponer de un coagulómetro portátil, tiras reactivas, lancetas y el programa informático. La habilidad consiste en tomar sangre capilar en una muestra. Se mete una tira reactiva en el coagulómetro, teniendo en cuenta que el código que surge en el aparato es el mismo que el de la tira. Cuando salga una gota de sangre en la pantalla, se aplica la muestra en la tira y se espera hasta conseguir el INR.
Cada vez que el paciente acude a la consulta para realizarse el control, este debe quedar registrado en su historia, además de cualquier actividad terapéutica que se haya llevado a cabo.
También es muy importante el papel de la enfermera en cuanto a la educación sanitaria del paciente, reforzando conductas saludables y resolviendo cualquier duda sobre la dieta, signos de alarma y sobre la medicación. Relativo a esto último, indicar al paciente que:
- El medicamento tiene que tomarlo siempre a la misma hora.
- Debe acudir a los controles para su análisis.
- No debe alterar la dosis en cantidad por su cuenta. Si un día se olvidase de la dosis, enseñar que no duplique la dosis del día siguiente.
- Antes de tomar cualquier fármaco, consultarlo con el médico, ya que puede haber interacciones.
- Debe comunicar si se le ha añadido o retirado un fármaco del tratamiento.
- No son aconsejables las inyecciones intramusculares, pero sí las subcutáneas y las intravenosas.

Informar al paciente que, ante signos de alarma como dolor de cabeza intenso y brusco, alteraciones del habla o visión, vómitos, mareos, diarrea, ictericia, etc., debe acudir a urgencias.

## 5 Discusión-Conclusión

En nuestra conclusión y opinión a partir de la práctica y del estudio e investigación de este articulo comprobamos que en los últimos años, se ha incrementado el uso de los fármacos anticoagulantes debido al aumento de la esperanza de vida

de la población y al aumento de las enfermedades cardiovasculares. Este suceso ha hecho que aparezcan técnicas que permitan el control de estos pacientes en otros ámbitos fuera del hospitalario como el de la Atención Primaria.
La enfermería juega un papel muy importante en este ámbito, tanto para la educación del paciente como para su control. Por lo tanto, una buena actuación de enfermería permitirá minimizar el posible riesgo de hemorragia o trombo en aquellos pacientes anticoagulados, además de la posibilidad de poder adelantarse a cualquier acontecimiento adverso que pudiese desarrollarse.

## 6 Bibliografía

1. Gómez M, Alonso C. Anticoagulación oral en Atención Primaria. Últimos avances. Medicina General 2001; 39: 916-923.
2. Lara A. Atención de Enfermería a paciente anticoagulado desde Atención Primaria. Ocronos [Internet]. 2019 [Consultado el 15/12/2020]; Disponible en: https://revistamedica.com/atencion-de-enfermeria-pacienteanticoaguladoatencion-primaria/.
3. Zapata Sampedro MA et al. Manejo del paciente anticoagulado en Atención Primaria. Nure Investigación. 2008; 34.
4. Álvarez Ruiz B, et al. Atención al paciente en tratamiento con anticoagulación oral en atención primaria. [Internet] Servicio aragonés de salud. Zaragoza.

## Capítulo 30

# EFECTOS NOCIVOS DE LA EXPOSICIÓN AL CALOR EN EL TRABAJO. INVESTIGACIÓN POR ENFERMERÍA

SERGIO RODRÍGUEZ CAÑAMERO

MARIA RODRIGO GAMARRA

TATIANA CUESTA MATEOS

SARA FERNÁNDEZ ARROYO

FRANCISCO JAVIER LÓPEZ MOLINA

## 1 Introducción

Cuando el organismo es sometido a una agresión térmica muy intensa, da comienzo y se activan los mecanismos de termorregulación, cuya finalidad es mantener bajo control la temperatura interior del cuerpo.
Es el incremento de la circulación sanguínea, el mecanismo primero que se pone a funcionar es la piel. Su finalidad es permitir que la sangre transporte el calor excesivo que se almacenó en el interior del cuerpo hacia la piel, donde puede refrescarse en contacto con el aire y a través del efecto refrescante por la evaporación del sudor. La función de sudoración, será el mecanismo que actuará en segundo lugar que empieza a trabajar. El efecto refrescante de la sudoración se

producirá si el sudor se llega a evaporar, lo que sucederá solo si el aire tiene un grado de humedad bajo suficientemente.
Cuando el sudor se deposita sobre la piel se evapora, el calor que requiere para ello es proporcionado de la piel, refrigerándola. Este efecto se trasmite a la sangre que circula a través de la piel, que es a su vez, enfriada.
Se define la aclimatación al calor, como la disminución del coste físico que implicara una determinada exposición cuando ésta se repite durante varios días sucesivos.
La aclimatación se evidencia a través del ralentizamiento del ritmo cardiaco, aumento de la sudoración y reducción de los niveles salinos del sudor.
La aclimatación se consigue en periodos breves (seis días), recomendando que la exposición se disminuya a un tiempo de exposición del 50 % del total en el primer día, continuándose con aumentos diarios del 10 % hasta alcanzar el 100 % de la exposición diaria.
La aclimatación se va tan deprisa como se logra, por lo que después de un tiempo fuera del lugar de trabajo, es necesario someterse a un nuevo proceso de aclimatación.

## 2 Objetivos

- Describir los efectos nocivos que el calor puede producir en el organismo.
- Conocer al detalle los síntomas negativos que del calor se derivan y las medidas de actuación, para la prevención de esta exposición.

## 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

Efectos patológicos del calor.
Constituirán un conjunto de cuadros causados de los fenómenos de vasodilatación y sudoración, en combinación o aisladamente. Los más importantes son:

- Golpe de calor.
Se produce al realizar un trabajo con esfuerzo físico en un ambiente caluroso y húmedo.
Los síntomas son la hipertermia, sed, intranquilidad, dolor de cabeza, taquicardia, debilidad, confusión mental, disnea y opresión torácica, dolor abdominal a nivel del estómago y vómitos, estupor, delirio, convulsiones e incontinencia de esfínteres.
Llegando a finalizar con shock, edema pulmonar, insuficiencia hepática y ataxia cerebral, renal y cardiaca.
- Agotamiento por calor.
Es una patologia incluso más critica que el golpe de calor, donde estará en predominio el colapso vascular periférico (sudoración profusa, palidez, hipotensión, fatiga, dolor de cabeza, somnolencia y confusión mental).
- Insolación.
Por su efecto directo sobre el cráneo, afectación neurológica tendente al aturdimiento, con eritema cutáneo y pérdida de conocimiento.
- Calambres.
Por contractura muscular, por ingestión de agua cuando se suda en exceso, pero no se reponen las sales perdidas. Su pérdida provoca nauseas, dolor de cabeza, cese de sudoración y espasmos en los músculos muy dolorosos.
La situación por la que se presentan estos cuadros se denomina estrés térmico, que ocurrirá por la combinación de la elevada temperatura y la humedad ambiental, derivado en ocasiones de la falta de ventilación.

Medidas de actuación.
Para que esto no ocurra las medidas contra el estrés térmico se aplicarán de la siguiente manera:
1. Medidas de control medioambiental.
- Facilitar la evaporación y convección, por medio del acondicionamiento en el aire, o por lo menos de su movimiento por medio de ventiladores.
- Protecciones y cubiertas o pantallas, para evitar que las radiaciones exteriores repercutan sobre el cuerpo.
2. Protección con los equipos de protección individual (EPIS) personales.
- Ropa o uso de ropas ligeras que aíslen del calor radiante (trajes de amianto).
- Ingesta de agua con cantidades moderadas de sal (2-3 gr/l de ClNa), para la compensación de los líquidos y de las sales perdidas por la sudoración.
Confort térmico:
Se le describe como la manifestación subjetiva de comodidad con el ambiente térmico, debido a la variabilidad biológica natural de las personas.

## 5 Discusión-Conclusión

Observamos de la descripción de este articulo y exponemos en nuestra opinión y conclusión de que estar expuestos y vulnerables a un calor en exceso va a originar unas consecuencias nefastas y que estas reacciones del organismo van a estas supeditadas al grado y a la duración en tiempo de la exposición las cuales nos pueden perjudicar con, golpes de calor, insolación, calambres, agotamiento por calor y en referencia a las medidas de actuación y prevención se deberá mantener controlado un ambiente térmico correcto como aires acondicionados o ventiladores de aire, o las renovaciones del aire nuevo, se tendrá que llevar ropa ligera y adecuada a la situación y al ambiente de ese momento, además de los correspondientes EPIS del trabajo, realizar correcta ingesta de agua para compensar a los líquidos perdidos a través de la sudoración y así obtener un confort térmico adecuado a nuestro organismo.

## 6 Bibliografía

1. López Sánchez Trinidad, Pérez Doctor Marta, Amoedo Cabrera Mª Luz. Las recomendaciones metodológicas al alta hospitalaria y seguimiento en domicilio por riesgo de efectos de temperaturas elevadas a los pacientes sometidos a trasplante renal. Enferm Nefrol [Internet]. 2017 [citado 2022 Abr 03]; 20 (Suppl 1): 122-122. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2254-28842017000500122&lng=es.
2. Lifshitz Alberto. Fiebre y otras formas de elevación térmica. Rev. invest. clín. [revista en la Internet]. 2007 Abr [citado 2022 Abr 03]; 59(2): 130-138. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-83762007000200007&lng=es.
3. https://books.google.com/books?id=izqju6nKhPkC.
4. http://www.maestriasalud.una.ac.cr/documents/aclimatacioncalor.doc.

## Capítulo 31

# ENFERMERÍA Y EL APOYO EN LOS ANCIANOS DE LA PROMOCIÓN DE LA SALUD Y EDUCACIÓN SANITARIA

SARA FERNÁNDEZ ARROYO

MARIA RODRIGO GAMARRA

TATIANA CUESTA MATEOS

SERGIO RODRÍGUEZ CAÑAMERO

FRANCISCO JAVIER LÓPEZ MOLINA

## 1 Introducción

La característica principal en cuanto a el envejecimiento individual en el mundo animal y en especial los humanos, es la pérdida y degradación progresiva y paulatina de la "capacidad de adaptación" a todas las situaciones ecológicas corrientes en la vida diaria en cuanto a todo lo relacionado en la comunidad.
En relación a lo referido, es por esto que, después de los 70 años el organismo humano se caracteriza por:
- Disminución de la capacidad de adaptación.
- Menor capacidad de reacción inmunológica contra la defensa de las infecciones.
- Menor capacidad defensiva contra los riesgos que nos podemos encontrar en nuestro día a día.
- Disminución progresiva del poder y de la capacidad de recuperación.

La finalidad y el gran objetivo que se quiere conseguir de la promoción de la salud en cuanto a la población anciana comunitaria es la de fomentar y mantener el más alto y mayor grado de autonomía el mayor tiempo posible y así, prevenir y evitar la aparición de enfermedades. Establece como máxima e importante la premisa de aumentar y ayudar a la calidad de vida. Esto implica promocionar comportamientos que beneficien un estilo de vida adecuado.
La educación sanitaria es un instrumento básico en la acción preventiva y en la promoción de la salud. Es un método de interactuaciones que forma también parte de los cuidados de enfermería.

## 2 Objetivos

Describir las medidas más generales y corrientes respecto a la promoción de la salud y a la prevención en cada aparato o sistema del cuerpo en el cual el personal de enfermería tiene un papel primordial sobre todo en los ancianos.

## 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 medidas generales respecto a la promoción de la salud y a la prevención de las enfermedades en cada aparato o sistema incluyen:

Aparato respiratorio:
El equipo de enfermería debe fomentar y animar al anciano para que:
- Realice ejercicio con regularidad, manteniendo así su estado físico general y su tono muscular.
- Equilibre sus actividades a lo largo del día.
- Descanse después de cada actividad.
- Evite la precipitación, planeando las actividades diarias.
- Evite el tabaco.
- Ingiera volúmenes adecuados de líquido.

- Se inmunice cada año contra la gripe.
- Evite el contacto con personas que tengan infecciones en las vías respiratorias.
Piel.

Se estimulará al anciano para que:
- Prevenga la exposición a la luz solar y utilice medidas de protección.
- Se resguarde del calor intenso en verano.
- Use ropa adecuada para conservar el calor corporal.
- Tome baños o duchas de cuerpo entero.
- Aplique después del baño productos hidratantes para evitar la prevención de la sequedad.

Sexualidad:
El personal sanitario deberá explicar que la actividad sexual varía de unas personas a otras, que guarda relación con la conducta sexual en etapas previas y puede mantenerse adecuándose a las características propias de cada persona.
La vida sexual activa propiciara el contacto corporal completo, el afecto, la comunicación y el establecimiento de los vínculos afectivos. Deben impulsarse las actividades de recreo y comunicación entre ancianos y ancianas, y recordar que la capacidad para la actividad sexual se mantiene en la vejez.
Sistema genito-urinario.
Se recomendará:
- Higiene diaria.
- Ingestión adecuada de líquidos, requerible para evitar las infecciones vesicales y conservar el equilibrio hídrico.
- Control de la incontinencia urinaria y la micción frecuente, orinando con cierta regularidad y haciendo ejercicios con los músculos perineales. Primeramente, se enseña a crear tensión y distensión de los músculos perineales, abdominales y anales, como si se tratara de contener una evacuación diarreica. Posteriormente, a tensar los músculos que están rodeando la uretra y vagina.

Aparato digestivo:
El personal sanitario puede enseñar al anciano a realizar una correcta higiene bucal:
- Al empleo del cepillo de dientes, además, del hilo dental.
- Que se masajee la lengua y las encías a ser posible con un cepillo de cerdas blandas.
- Que sepa proceder a la limpieza de las prótesis que utilice dentales.
- Que lleve al día las revisiones odontológicas.

- Enjuague bucal contra la xerostomía de boca.

Para ayudar a la digestión, se recomienda:

- Tomar comidas de poca cantidad y más veces al día.
- Descansar después de comer.
- Procurar no realizar ejercicios fuertes después de las comidas.

## 5 Discusión-Conclusión

Como observamos de la descripción en este artículo del apoyo a la promoción de la salud y educación sanitaria en referencia al importantísimo papel que cumple en la sociedad tanto comunitaria como sanitaria o no sanitaria, de todo el personal de salud, en especial, el personal de enfermería, la finalidad que concluimos es que va a primar y destacar la vital importancia que tiene para las personas en proceso de envejecimiento, el mantenimiento y conservación de su autonomía en cuanto a las actividades básicas que realiza en su vida diaria y que se les debe apoyar y ayudar siempre desde las funciones y competencias que nos corresponden.

## 6 Bibliografía

1. Quintero Fleites Eva Josefina, Fe de la Mella Quintero Sara, Gómez López Leysa. La promoción de la salud y su vínculo con la prevención primaria. Medicentro Electrónica [Internet]. 2017 Jun [citado 2022 Mar 21]; 21(2): 101-111. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30432017000200003&lng=es.

2. Coronado-Vázquez Valle, Gómez-Salgado Juan, Cerezo Espinosa de los Monteros Javier, Canet Fajas Carlota, Magallón Botaya Rosa. Equidad y autonomía del paciente en las estrategias de atención a personas con enfermedades crónicas en los servicios de salud de España. Gac Sanit [Internet]. 2019 Dic [citado 2022 Mar 21]; 33(6): 554-562. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-91112019000600554&lng=es.

Epub 27-Ene-2020. https://dx.doi.org/10.1016/j.gaceta.2018.05.008.

## Capítulo 32

# LA MEDICINA LEGAL EN EL SIGLO XIX

INMACULADA GARCIA FERNANDEZ

ANA YESICA FERNÁNDEZ MENÉNDEZ

LUCIA MARTINEZ ARIAS

## 1 Introducción

La medicina legal se define como la rama de la medicina que estudia los aspectos legales de la atención sanitaria.
Medicina legal: conjunto de conocimientos médicos ideológicos necesarios para la resolución de los problemas que plantea el derecho, tanto en la aplicación práctica de las leyes como en su perfeccionamiento y evolución. Esta rama de la medicina ha presentado modificaciones en su enfoque a lo largo de la evolución, según la orientación jurídica y social de la humanidad en relación con la medicina.
Según Nerio Rojas ,la medicina legal "Es la ciencia que sirve de unión a la medicina con el derecho". Podemos definirla como la "Especialidad medica que reúne todos los conocimientos que son útiles a la administración de justicia".
En el siglo XIX, se desarrollaron las primeras cátedras de medicina legal en las universidades europeas y se impartieron las clases junto a asignaturas como salud pública entre otras. Las universidades competían entre sí por encontrar nuevos descubrimientos en los cadáveres , superando en ésta época las prohibiciones y los tabús que establecían las autoridades eclesiásticas.

En la época de principios del siglo XX, la medicina legal alcanza el pleno reconocimiento como especialidad y se incluye en los planes de estudio de la carrera de medicina.

## 2 Objetivos

Objetivo principal:
- Conocer médicos forenses de la edad contemporánea.

Objetivos secundarios:
- Describir los autores de la medicina legal en la edad contemporánea, tanto de Europa como de Latinoamérica.
- Entender la enfermedad y los trastornos asociados en el siglo XIX.

## 3 Metodología

Se realizó una revisión bibliográfica de la literatura, buscando en diferentes libros de medicina y revistas de la actualidad referentes a la medicina legal en las principales bases de datos: Pubmed, web of science, Scopus, Cochrane, Scielo. Con palabras clave: historia medicina, medicina legal, medicina legal contemporánea Año de acotamiento: 1990-2020 Idioma: español.

## 4 Resultados

En esta época la medicina legal alcanza el pleno reconocimiento como especialidad y se incluye en los planes de estudio, al principio se encuentra dentro de la rama de la cirugía para posteriormente independizarse.
La primera cátedra oficial es la de Nápoles. Uno de los primeros textos de medicina legal dedicados a la docencia es el libro "Cirugía Forense o el Arte de Hacer informes", publicado en Barcelona en 1783.
En 1814 el español Mateo José Buenaventura Orfila publicó "Tratado de los Venenos", consagrándose como precursor de la toxicología. La primera cátedra de Medicina Legal en España se fundó en Madrid en 1843, a cargo de Pedro Mata, cuyo tratado tuvo seis ediciones. En el siglo XX destaca Antonio Piga con "Medicina Legal de Urgencia", Leopoldo López Gómez y Juan Antonio Gisbert con "Tratado de Medicina legal". Gisbert además publicó su obra "Medicina legal y Toxicología".

El profesor Pedro Mata y Fontanet (1811-1877), médico, filósofo, político y literato español nacido en Reus, fue el primer catedrático de Medicina Legal en Madrid, en 1843 y es de importancia destacar que se le considera el verdadero fundador del Cuerpo Nacional de Médicos Forenses. Tras crear la primera cátedra, Mata promueve la creación de un cuerpo médico forense ligado a la administración de justicia.

En 1855 se nombran los primeros ocho médicos forenses adscritos a los Juzgados de Madrid. Unos años más tarde se crea definitivamente el Cuerpo, diciendo en el art. 2: «Con el nombre de Médico Forense, habrá en cada Juzgado de 1.a Instancia e Instrucción, un facultativo encargado de auxiliar a la administración de Justicia en todos los casos y actuaciones que sean necesarios o convenientes la intervención y servicios de su profesión, tanto en la capital del partido como en cualquier pueblo o punto de la demarcación judicial».

En 1886 se fundaron tres laboratorios de Medicina Legal: uno en Madrid, denominado Laboratorio Central de Toxicología, otro en Barcelona y otro en Sevilla. El 18 de abril de 1911 se dicta un Real Decreto que establece las obligaciones de los laboratorios, creando también el Instituto de Análisis Químico-Toxicológicos dependiente de la Facultad de Farmacia.

En Francia, en el S.XIX, la medicina legal y la toxicología forense alcanzó su mayor esplendor y Mateo José Buenaventra Orfila en 1814 publicó el texto tratado de los venenos y fue considerado el precursor de la toxicología.

En Inglaterra la docencia en medicina legal fue iniciada por Andrew Duncan en 1744-1825 y la figura más sobresaliente en ese campo fue Sydney Smith en el Cairo y Edimburgo.

La primera cátedra independiente de medicina legal se estableció en la universidad de Viena en 1804 y estuvo a cargo de Ferdinand Bernhard Vietz.

En México, Dr. Agustín de Arellano fue nombrado el primer catedrático de la materia de medicina legal en 1833.Una de las figuras más destacadas en esa época fue el Dr. Don Luis Hidalgo Y Carpio 1818-1879, reconocido por ser el fundador de la etapa científica de la medicina legal en México, aportando el concepto de dictamen previo, clasificación de lesiones, de los deberes y obligaciones del cuerpo de médicos con sus pacientes. Estos conceptos siguen vigentes a día de hoy en las constitución y en los códigos penales de México.

## 5 Discusión-Conclusión

La evolución de la medicina legal en Europa, desde el modelo francés del siglo XIX hasta nuestros días ha sido muy importante. Los médicos forense y legales

practicaban autopsias, hacían estudios psiquiátricos y realizaban análisis toxicológicos para poder esclarecer muertes violentas o naturales sin una causa clara de la muerte. La modernización de la Medicina Legal en el S XIX ha ayudado enormemente a los médicos forenses, cuyo objetivo principal es diagnosticar y esclarecer la verdad real de los hechos, pues los médicos tienen en esta época, conocimientos técnicos y científicos que permiten apoyar los dictámenes que emiten los Jueces y las partes involucrados en un proceso judicial para esclarecer la naturaleza de las muertes violentas o poco claras. Una Medicina Legal y Ciencias Forenses imprescindible en el siglo XXI y propia de los avances de la Medicina y del Derecho.

## 6 Bibliografía

1. Suescún JM, Pérez RA, Rueda A, Rodríguez E. Historia de la medicina legal. MED.UIS. 2009; 22 (1):83-90.
2. Delgado S, Arimany J, Bandrés F, Pera F. La organización de la Medicina Legal y Forense en España. El Cuerpo Nacional de Médicos Forenses: creación y evolución histórica. Situación actual de la Medicina Legal en España. El Instituto de Toxicología y Ciencias Forenses: creación y evolución histórica. Organización actual y funciones. Otros organismos consultivos de la Administración de Justicia. vol1, Derecho Sanitario https://www.cedhnl.org.mx/imagenes/publicaciones/presentaciones/salud_mental/protocolo_de_estambul/HistoriaMedicinaLegal_dr_benito_morales.pdf.
3. Organización actual y funciones. Otros organismos consultivos de la Administración de Justicia. vol1, Derecho Sanitario.
4. http://www.laley.es/mk/libroslegal/PaginasdeTratadodeMedicinaLegal-TomoI.pdf.

## Capítulo 33

# TRABAJO SOCIAL ENFERMERA: CLAUDICACIÓN FAMILIAR.

ANIANA GONZÁLEZ ORTEGA

MARÍA MARÍN SABARIEGO

MARÍA HIDALGO SÁNCHEZ

## 1 Introducción

Las enfermeras tratamos en muchas ocasiones con pacientes frágiles y dependientes que necesitan de un cuidador. Ese rol de cuidador principalmente lo realizan los familiares directos al paciente. Este cuidador familiar se conoce como paciente invisible, que si no tiene los conocimientos ni la capacidad de ofrecerle a su familiar los cuidados que necesita puede provocar una claudicación familiar. La claudicación familiar se puede definir como la incapacidad por los integrantes de la familia para brindar correctamente una respuesta las necesidades del paciente.

La importancia de los cuidadores familiares, debe recordarnos que nuestro papel como enfermera no termina al alta del paciente, ya que tras el alta continúa necesitando cuidados.

Una buena prevención de la claudicación familiar favorece la unión familiar y a su vez la calidad de la atención física y psicológica recibida por el paciente. Además, existe un interés económico para las instituciones sanitarias al disminuir las visitas continuas a urgencias e ingresos a planta (García, 2019).

Al asumir un familiar, el rol de cuidador se enfrenta a situaciones sociales, culturales, educativos, psicológicos y económicos que no todo el mundo posee. En-

tregarte a los cuidados del familiar, como así a las actividades básicas, supone mucho tiempo que puede provocar una sobrecarga del trabajo.
El cuidador familiar trabaja con una carga física y psicoafectiva que arrastra por la sensación de responsabilidad de cuidar a su familiar, el sentir, el sufrimiento del familiar y su propio temor por la pérdida de este. Todo ello puede desencadenar el síndrome del cuidador, llevando al cuidador a problemas físicos y depresión, que a su vez nos conduzca a una claudicación familiar (Quirós, 2021).

## 2 Objetivos

El objetivo principal es poder identificar las intervenciones que realiza el equipo de enfermería con el paciente y cuidador familiar y describir las situaciones que desembocan a una claudicación familiar.

## 3 Metodología

Este estudio es una revisión bibliográfica, donde el tema principal es la participación enfermera dentro de la claudicación familiar. Se realizó la búsqueda en la base de datos Scielo y Google Académico.
Los términos fueron: Claudicación familiar, enfermería, trabajo social, enfermera. Se unieron mediante los booleanos AND y OR.
Los términos de inclusión fueron aquellos artículos publicados en los últimos 5 años (2017-2022), relacionados con el ámbito sanitario y/o psicología 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

Dentro de la claudicación familiar podemos encontrar diferentes tipos como momentánea, temporal o definitiva. Dentro del último tipo nos encontramos con un riesgo total de abandono por falta de recursos o negación del familiar.
Es en ese momento en el que el papel de enfermería cobra más importancia porque juega con la identificación y prevención teniendo contacto directo con el paciente y entorno. Para ello debemos conocer los síntomas negativos en el proceso de aceptación de rol de cuidador familiar y prevenir el síndrome de cuidador (Otero, et.al., 2020).

Enfermería tiene en sus manos herramientas como escalas y valoraciones sobre las necesidades del paciente para poder entender la complejidad de la situación, ayudando así a conocer los recursos que van a demandar.
La primera acción que debe realizar el personal de enfermería es promover a la meditación y diálogo familiar para entender que primero debemos estar bien nosotros mismos para ofrecer unos cuidados adecuados a otras personas. Es decir, debemos cuidarnos primero a nosotros y luego a nuestros familiares. Podemos ayudar a realizar estas técnicas con musicoterapia, manejo nutricional o ayudar a conciliar el sueño.
El familiar del paciente pasa por diferentes etapas al recibir la noticia de los cuidados y necesidades que necesita su familiar, y la primera de ellas es la negación, que con el tiempo avanza lentamente hasta la resolución. Pero existen familiares que sufren de la negación ineficaz que se caracteriza por el rechazo a la comunicación e incapacidad para aceptar esa demanda de necesidades en su día a día (García, 2019).
En estos casos el personal debe mantenerse de forma pasiva y con escucha activa, para poder entender todas las preocupaciones del familiar y aclararlas de forma positiva y establecer una relación con el familiar (Campoy, etl.al., 2019).
Una vez establecida la relación con el familiar, el siguiente paso a realizar es la entrevista familiar, que podamos plantear y organizar los cuidados del enfermo. Para ello, las enfermeras deben estar informadas sobre los servicios públicos disponibles o asociaciones que proporcionan ayudas.
Tenemos que tener en cuenta que el paciente puede empeorar y demandar más cuidados de lo que antes demandaba y provocar al cuidador una sobrecarga de trabajo, por lo que es imprescindible realizar valoraciones periódicas sobre el estado de ambos. Y por último, dar refuerzo positivo a la familia y recordarles en todo momento su gran labor (Baricevich, et.al., 2019).

## 5 Discusión-Conclusión

El papel de la enfermería es fundamental, ya que es el equipo que pasa más tiempo con los pacientes y sus familias. Está presente en todas las etapas por la que transcurre el cuidador familiar y es la voz de alarma para poder prevenir la claudicación familiar.
El papel dentro de los cuidadores familiares es diario, por la necesidad de reevaluar constantemente la situación y trabajar junto atención primaria. Los profesionales de enfermería deben ver al paciente no por su enfermedad sino por su demanda de cuidados.

Dentro del equipo sanitario, enfermería realiza unos cuidados físicos, psicológicos, emocionales, integral e individualizado hacia el paciente y familiares, respetando la autonomía y decisiones del paciente y cuidador.

## 6 Bibliografía

1. Baricevich Gomes, M. N., & Saulis Maqueira, A. L. (2019). Abordaje integral de enfermería en una paciente con enfermedad crónica y malformaciones: a propósito de un caso.
2. Campoy, D. N. D. M. J. Cuidados paliativos en centros sociosanitarios: programa formativo para enfermeras Palliative care in nursing homes: training programme for nurses.
3. García-Pulido EA. El profesional de enfermería ante la claudicación familiar. Rev Enferm Inst Mex Seguro Soc. 2019; 27(4):182-7.
Otero Ceballos, M., Tamarit Calderín, N., Torres Esperón, M., & Benítez Hernández, I. (2020). Guía de prácticas para enfermería en la atención a los cuidadores de pacientes con demencia. Revista Cubana de Medicina General Integral, 36(2).
4. Quirós Martín, J. (2021). Intervención Enfermera con el paciente terminal y su entorno familiar.

## Capítulo 34

# EL PAPEL DEL PERSONAL DE ENFERMERIA EN EL MALTRATO A ANCIANOS

SILVIA GARCIA MORALES

MONICA CORTES ORMEÑO

SHEILA MARÍA PERÉZ CAPOTE

ROSA CRUZ MORALES

REBECA SALINAS GONZÁLEZ

## 1 Introducción

Actualmente el maltrato al anciano es un tema oculto, se dispone de pocos estudios, pero es fácil pensar que va en aumento. Se identifican menos casos de los que realmente existen por miedo, ya que reconocerlo les llevaría a un confinamiento en instituciones, represalias o por el simple hecho de no querer aceptar la realidad.

El motivo de la aparición de este maltrato se debe a los cambios sociales que se han ido produciendo a lo largo de los años. Hoy en día las familias son más reducidas, las mujeres que se encargaban principalmente de su cuidado, entran en el mundo laboral, se prioriza la productividad, el logro individual y el poder. Esto hace que el anciano dependiente e improductivo sea infravalorado e incluso llegue a suponer una carga para la familia.

En la Primera Conferencia de Consenso sobre el anciano maltratado en España en 1995, se definió el maltrato al anciano de la siguiente manera: "Cualquier acto u omisión que produzca daño, intencionado o no, practicado sobre personas de 65 y más años, que ocurra en el medio familiar, comunitario o institucional, que vulnere o ponga en peligro la integridad física, psíquica, así como el principio de autonomía o el resto de los derechos fundamentales del individuo, constatable objetivamente o percibido subjetivamente".
Las formas de maltrato que nos encontramos con más frecuencia son maltrato físico, maltrato psicológico, negligencia física, maltrato emocional o abandono, abuso económico y abuso sexual. Un adulto mayor que ha sufrido maltrato va a padecer de manera innecesaria pérdida de sus derechos humanos, lesiones físicas, un deterioro de la calidad de vida.
Este maltrato se puede realizar de manera consciente o inconscientemente. Muchas veces es llevado a cabo por familiares, pero de una manera no intencionada o por un desconocimiento de las consecuencias. Por lo tanto, genera un gran problema de salud social y pública.

## 2 Objetivos

- Conocer las posibles maneras de actuar en casos de maltrato al anciano desde el punto de vista de la enfermería.
- Poner de manifiesto la importancia de la actuación de enfermería en casos de maltrato al anciano y el papel fundamental que tiene este personal enfermero en dichos casos.

## 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 los profesionales de la enfermería no les resulta tan fácil saber si un anciano está siendo maltratado o no, ya que no disponen de las herramientas adecuadas

para obtener esta información. Pero poseen las oportunidades necesarias para la detención del abuso, sobre todo en atención primaria.
Lo primero que se debe de hacer en la sospecha de un caso de abuso es realizar una valoración:
Esta valoración deberá de empezar por una entrevista clínica tanto al anciano, que a veces es difícil de mantener ya que estos son más susceptibles a tener enfermedades mentales, como al familiar o cuidador principal. Esta se realizará de manera individual, con intimidad, apoyo, confianza y confidencialidad. También, debemos de visualizar la relación del anciano con su cuidador.
Se realizará una exploración física donde debemos de prestar atención a signos de negligencia o agresión física, como contusiones, úlceras sin curar o mal curadas, deshidratación en la piel, desnutrición. Demasiadas visitas a urgencias por diferentes motivos, varios cambios de médico de cabecera, caídas reticentes sin explicación, el nivel de sedación del paciente debido a una sobre ingesta de medicación, contradicciones entre el paciente y el cuidador, pérdida de peso, trastornos en el sueño.
Se pasará a una exploración psicológica y del estado emocional, para evaluar un bajo estado de ánimo, miedo, ansiedad, confusión, depresión y una valoración del riesgo autolítico.
Si la enfermera observa que no se están recibiendo los cuidados necesarios y sospecha de negligencia, se registrará en su historia clínica y si es posible se comentará con el paciente afectado, dándole la información necesaria y explicándole el método de actuación, se colaborará con su médico y se solicitará la cooperación del trabajador social.
En cuanto al cuidador principal se recomienda realizar una valoración mediante la escala de Zarit para valorar la sobrecarga del cuidador principal.
Intervenciones que se pueden realizar dirigidas al anciano:
- Puede acudir a centros de día.
- Puede obtener atención a domicilio.
- Tutela de los servicios sociales.
- Facilitar los medios de atención clínica y facilitar la medicación.
- Ajustar la vivienda a las necesidades del anciano.

Intervenciones dirigidas al cuidador o la persona que maltrata (orientadas a reducir el estrés del cuidador principal:
- Buscar la posibilidad de compartir los cuidados con diferentes integrantes de la familia o incluso un cambio de domicilio de algún miembro de la familia más capacitado.
- Ponerse en contacto con grupos de apoyo, asociaciones.

- Personas que acudan al domicilio de apoyo dando así periodos de descanso al cuidador principal.
- Dar apoyo a partir de profesionales en atención primaria.
- Si hay un problema más grave detrás del cuidador como alcohol, drogas o un problema psiquiátrico, se tratara este y se facilitara apoyo.
- Se valorará a la familia al completo para asegurar los cuidados necesarios al paciente.

## 5 Discusión-Conclusión

En resumen, tal como hemos visto en el anterior apartado del presente capítulo (resultados) el personal enfermero tiene una gran importancia, aunque como hemos descrito no le es fácil identificar el maltrato hacia ancianos por su cuidador y la única manera de obtener información o indicios de que el anciano/a esta siendo maltratado es a través de, como hemos explicado anteriormente, mediante valoraciones en urgencias a través de entrevistas, exploraciones físicas, exploraciones psicológicas y emocionales y cuando esta sospecha de maltrato se confirma el personal enfermero en colaboración con el médico de cabecera y trabajador social ayudarán al anciano maltratado.
En nuestra opinión como enfermeros el realizar valoraciones y detecciones temprana desde urgencias de posibles casos de violencia hacia ancianos podemos conseguir que estos casos no aumenten su incidencia.

## 6 Bibliografía

1. Fernández-Alonso MC, Herrero-Velázquez S. Maltrato en el anciano. Posibilidades de intervención desde la atención primaria (I). Aten Primaria. [Internet] 2006 [citado 11 de Mayo de 2020];37(1):56–9. Disponible en: https://core.ac.uk/download/pdf/81133600.pdf.
2. Coma M, Muñoz J, Postigo P, Ayuso M, Sierra C, Sayrol T. Visión del maltrato al anciano desde atención primaria. Gac Sanit. [Internet] 2007[citado 11 de Mayo de 2020] ;21(3):235–41. Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S0213-91112007000300010&script=sci_arttext&tlng=en
3. Estrella González I. Sensibilización y detección [Internet]. Isciii.es.2015 [citado el 11 de mayo de 2021] ;26(3):79-83. Disponible en: https://scielo.isciii.es/pdf/geroko/v26n3/02_originales_01.pdf.

4. Pellicer García B, Juárez Vela R, Delgado Sevilla D, Redondo Castán LC, Martínez Riera JR, Echaniz Serrano E. Actuación de enfermería ante el maltrato sobre la población anciana.
5. Fernández-Alonso MC, Herrero-Velázquez S. Maltrato en el anciano. Posibilidades de intervención desde la atención primaria (II). Aten Primaria. [Internet] 2006 [citado 11 de Mayo de 2020];37(2):113–5. Disponible en: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7668827/pdf/main.pdf.

## Capítulo 35

# LA IMPORTANCIA DE LA LACTANCIA MATERNA Y EL PERSONAL DE ENFERMERÍA

SILVIA GARCIA MORALES

SHEILA MARÍA PERÉZ CAPOTE

ROSA CRUZ MORALES

REBECA SALINAS GONZÁLEZ

MONICA CORTES ORMEÑO

## 1 Introducción

Lactancia materna o leche humana es el alimento idóneo para los recién nacidos. La Organización Mundial de la Salud (OMS) y otras organizaciones recomiendan lactancia materna exclusiva hasta los 6 meses de edad y el mantenimiento de ella hasta los 2 años de edad o más. Además, la lactancia materna está especialmente recomendada tanto en niños prematuros como en niños enfermos con distintas patologías.

La lactancia materna además de contener todos los nutrientes y vitaminas que el recién nacido necesita durante los primeros seis meses de vida ofrece numerosos beneficios tanto para el recién nacido como para la madre. Entre otros beneficios la lactancia materna ofrece protección frente a numerosas infecciones gracias al paso de anticuerpos de la madre al hijo a través de la leche materna, contribuye a

una mejor recuperación de la madre tras el parto reduciendo el riesgo de hemorragias y otro tipo de complicaciones. Además, la lactancia materna ayuda a estrechar el vínculo entre la madre y el bebé. Ayuda a mejor el desarrollo cerebral, protege frente a numerosas alergias, enfermedades respiratorias, etc.
Por todo ello es fundamental que en las consultas de enfermería de Atención Primaria se realice un apoyo y asesoramiento personalizado a cada madre ayudando a superar las dificultades y dudas que puedan surgir durante el establecimiento de la lactancia y durante todo el proceso.

## 2 Objetivos

- Exponer la importancia de la lactancia materna tanto para el recién nacido como para la madre.
- Explicar las actividades que pueden llevar a cabo las profesionales de enfermería para ayudar al establecimiento de la lactancia materna y la ayuda a las madres a realizarla correctamente.

## 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

Beneficios de la lactancia materna para el bebe:
- La leche materna es el alimento ideal para el bebé, es un alimento muy nutritivo que contiene todos los nutrientes necesarios en una proporción y temperatura adecuados y además están siempre disponibles.
- En una leche fácil de digerir.
- Protege el sistema inmunológico del niño, a través de la leche se pasan los anticuerpos de la madre al niño proporcionándole de esta forma protección frente a numerosas enfermedades causadas tanto por virus como por bacterias.
- Previene la aparición de alergias.
- Contribuye a mejorar el desarrollo cerebral del bebé.

- Transmite tranquilidad al bebé.
- Favorece el vínculo madre e hijo.

Beneficios de la lactancia materna para la madre:
- Favorece la creación de vínculo madre e hijo.
- Favorece la recuperación tras el parto, la secreción de hormonas durante la lactancia ayuda a la reducción del tamaño del útero.
- Se reduce el riesgo de hemorragias post-parto.
- Favorece la disminución de peso.
- Previene la aparición de cáncer de útero, cáncer de ovario, etc.
- Está siempre disponible.
- Es económica, no cuesta dinero.

Es importante ayudar a los padres a identificar las señales de hambre, así como a observar al bebé durante la toma al pecho para determinar si la posición es correcta, si se oye la deglución y el patrón de mamar/deglutir. También hay que vigilar la capacidad que tiene el bebé para mamar.

Durante la toma hay que observar la capacidad del bebé para coger correctamente el pezón «agarre». Es muy importante facilitar la comodidad y la intimidad en los primeros intentos de dar el pecho y animar a la madre a utilizar ambos pechos en cada toma.

Es labor de enfermería controlar la integridad de la piel de los pezones y si aparecen grietas o heridas tratarlas ya que suelen ser muy dolorosas y dificultan mucho la lactancia.

Es importante enseñar a la madre a controlar la congestión de los pechos con el vaciado oportuno y determinar la frecuencia con que se da el pecho en relación con las necesidades del bebé, lactancia materna a demanda. También hay que fomentar maneras de aumentar el descanso de la madre, incluyendo la delegación de las tareas hogareñas y enseñar formas de solicitar ayuda.

## 5 Discusión-Conclusión

En nuestra opinión como personal enfermero y tal como hemos explicado y descrito en el anterior apartado del presente capítulo de resultados, la lactancia materna es la mejor forma de alimentar a los recién nacidos dado que presenta numerosos beneficios tanto para la madre como para el niño, tal como hemos visto anteriormente la lactancia materna tiene muchísimos beneficios para el bebe como para la madre y nuestra labor como enfermeros es fomentar que las mamás conozcan las ventajas tanto para ella como para su bebe de la lactancia.

También opinamos que (tal como hemos visto en el anterior apartado) que para el establecimiento de la lactancia materna y su posterior seguimiento es fundamental la labor de enfermería y que el asesoramiento personalizado a cada madre ayuda a superar las dificultades y dudas que puedan surgir durante el establecimiento de la lactancia y durante todo el proceso.

## 6 Bibliografía

1. Revista electrónica de portales médicos.com (Plan de cuidados de enfermería lactancia materna) (Internet) Disponible en: https: //www.revistaportalesmedicos.com/revista-medica/plan-de-cuidados-de-enfermerialactancia-materna-2/.
2. Apoyo a la lactancia materna en Atención Primaria. Prevención en la infancia y adolescencia AEPap/PAPPS (Internet) Disponible en: http://previnfad.aepap.org/sites/default/files/2018-10/previnfad_lactanciam.pdf.
3. Apoyo a la lactancia materna en Atención Primaria. (Internet) Disponible en: http://previnfad.aepap.org/recomendacion/lactancia-materna-rec.
4. Revista medica. Com. Ocronos-Editorial Científico-Técnica. La importancia de la lactancia materna (Internet) Disponible en: https://revistamedica.com/lactancia-materna/.

## Capítulo 36

# LA SALUD AMBIENTAL Y EL PAPEL DE ENFERMERÍA

SILVIA GARCIA MORALES

MONICA CORTES ORMEÑO

SHEILA MARÍA PERÉZ CAPOTE

REBECA SALINAS GONZÁLEZ

ROSA CRUZ MORALES

## 1 Introducción

Con el informe en el año 1974 del ministro de Salud Canadiense Marc Lalonde, comenzó a darse importancia a diversos factores (determinantes) en la salud pública. Así, se determinó que, de mayor a menor influencia en la salud de las personas, estaban los estilos de vida, el medio ambiente, la calidad en la asistencia sanitaria y por último, la biología humana. La concepción de que las enfermedades son una mera cuestión de factores biológicos o agentes infecciosos quedó así obsoleta para dar paso a un pensamiento mucho más global y dinámico entre salud-enfermedad. Surge también así la salud ambiental.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la salud ambiental como "aquella disciplina que comprende los aspectos de la salud humana, incluida la calidad de vida y el bienestar social, que son determinados por factores sociales y psico-sociales, ambientales, físicos, químicos y biológicos".

Se estima que, con el crecimiento poblacional actual, en el año 2030 habrá alrededor 8.300 millones de personas, aumentando así en casi un tercio de la actual población mundial. Esto supondrá una demanda de alimentos de casi un 50 % más de la que hay actualmente, un 30 % más de demanda de agua y casi un 50 % más de energía.
Además, se intensificarán fenómenos como:
1. El incremento de las migraciones humanas, sobre todo de las zonas rurales a las ciudades, produciéndose así un intercambio y globalización de organismos patógenos.
2. El hacinamiento humano: potenciando la probabilidad de transmisión de enfermedades infecciosas.
3. La aparición de vectores transmisores de enfermedades como el Zika, la Malaria o el Dengue.
4. La modificación de ambientes naturales, facilitándose así el contacto con organismos poco comunes (invasión de animales reservorios en ciudades. Con todo lo anterior, se amplía el campo de actuación de la enfermería, añadiendo más funciones en materia de salud ambiental de las que ya tenía, así como tomando un papel relevante en la educación para la salud en este campo.

## 2 Objetivos

Determinar las funciones que realiza la enfermera en materia de salud ambiental y conocer las funciones que son responsabilidad de los gobiernos en materia de salud ambiental, además de describir casos concretos de educación para la salud, llevados a cabo en este ámbito.

## 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 la búsqueda realizada, nos enfocamos primero en encontrar qué factores son los que dañan la salud y están ligados al medio ambiente. Así, unificando dichos factores de los descritos en varios artículos, obtuvimos los siguientes determinantes para la salud ambiental (DetSA):
1. Agua para consumo humano: aguas superficiales, agua subterránea, calidad del agua.
2. Residuos líquidos: aguas residuales, excretas, agua de lluvia, efluentes industriales.
3. Recursos hídricos: cuencas y áreas de recolección, contaminación de masas de agua.
4. Desechos sólidos y suelo: desechos domésticos, desechos industriales, desechos agroindustriales, contaminación del suelo.
5. Sustancias alimenticias: alimentos, enfermedades producidas por alimentos, agentes biológicos dañinos en alimentos, otros agentes tóxicos en alimentos.
6. Ambiente de trabajo: entorno ocupacional, contaminación del lugar de trabajo.
7. Atmósfera: emisiones de vehículos particulares, emisiones de vehículos industriales, contaminación del aire.
8. Sustancias químicas y desechos peligrosos: sustancias químicas tóxicas, plaguicidas, desechos peligrosos, desechos con contaminación biológica.
9. Vectores: insectos y otros, zoonosis.
10. Radiación ionizante y no ionizante: desechos radiactivos, fuentes radiactivas industriales, campos electromágnético.
11. Ruido y vibraciones.
12. El planeta: capa de ozono, efecto invernadero, deforestación, desertización.
13. Desastres: emergencias antrópicas y emergencias naturales.
Dentro de la enfermería, es la rama comunitaria la que se hace cargo de la salud ambiental y de la educación para la salud. En los últimos años se han creado en diversas partes del mundo y también de nuestro país, las llamadas Unidades de Salud Medioambiental. (SMA) en la que enfermeras trabajan con otros profesionales sanitarios (médicos especialistas de cada área, biólogos, toxicólogos, etc.) y no sanitarios (ingenieros, químicos, ambientólogos, etc.). para identificar, evaluar, tratar y prevenir las enfermedades y los riesgos ambientales en las distintas etapas de la vida. Con ello, proporcionan asistencia, formación, educación, investigación clínica.
Como punto de partida para identificar los problemas de cada población en concreto, en algunas unidades se ha creado la denominada “hoja verde”. La consti-

tuyen una serie de ítems que nos informan sobre las exposiciones de riesgo a determinantes ambientales.

## 5 Discusión-Conclusión

En nuestra opinión en la práctica, es la enfermería comunitaria la que lleva un peso mayoritario en este tema. A través de la educación para la salud, se puede mejorar el entorno y los hábitos nocivos. No obstante, es sobre todo responsabilidad de los gobiernos proporcionar las condiciones necesarias para que se den entornos seguros para que esos determinantes ambientales no influyan de manera negativa en la salud de las personas.

A partir de esta nueva percepción, las distintas disciplinas de salud, así como la enfermería, han ido incorporando actividades para mejorar los entornos, intentando prevenir así la aparición de factores de riesgo que puedan ser desencadenantes de enfermedades.

## 6 Bibliografía

1. Rengifo Cuéllar H. Conceptualización de la salud ambiental: teoría y práctica (parte 1). Rev Peru Med Exp Salud Publica. 2008;25:403-9.
2. García-Ochoa R, Graizbord B. Caracterización espacial de la pobreza energética en México. Un análisis a escala subnacional. Econ. Soc. Territ. 2016;16:289-37.
3. Canals M, Cattan P. Zoología médica. Una visión de las especies potencialmente peligrosas desde la perspectiva de la biodiversidad. Generalidades y protozoos. (Editorial Universitaria Santiago de Chile, 2006).
4. Organización Panamericana de la Salud/ Organización Mundial de la Salud. Nuestro planeta, nuestra salud. Informe de la Comisión de Salud y Medio Ambiente de la OMS. Washington, DC: OPS/OMS; 1993. (Publicación científica 544).
5. Naciones Unidas. Programa 21. Informe presentado en la Conferencia de las Naciones Unidas sobre el Medio Ambiente y el Desarrollo, Río de Janeiro, junio de 1992.

## Capítulo 37

# EL ESTRÉS LABORAL

LOURDES SERRANO RABANAL

MARÍA JOSEFA MOLINA CIUDAD REAL

MARÍA HERNÁNDEZ SÁNCHEZ

MAEBA RIVAS MUÑOZ

ANA BELÉN SÁNCHEZ PASTOR

## 1 Introducción

Uno de los problemas más comunes relacionados con el trabajo hoy en día es el estrés laboral, es necesario comprenderlo y tratar de no involucrarse en él, ya que es uno de los principales factores negativos que conducen a una vida miserable.

La consecuencia más inmediata del estrés laboral en el trabajo es un aumento de los errores en la ejecución de las tareas. La falta de atención significa un rendimiento más bajo y niveles más bajos de motivación.

El estrés laboral es el resultado de diferentes situaciones que se dan en nuestro día a día laboral y de diferentes factores que afectan a su salud física y mental.

Nos referimos a estrés laboral cuando existe una discrepancia entre la demanda laboral y los recursos con los que cuentan los trabajadores para hacerle frente. El problema es que nuestros recursos físicos son limitados, lo que lleva al agotamiento físico y mental de los trabajadores. Esto plantea una serie de amenazas

para la salud y el bienestar de los trabajadores, afectando a sus familias y relaciones afectivas.
En el mundo del trabajo, la responsabilidad, la toma de decisiones, la insatisfacción por las condiciones laborales o la organización del trabajo, en definitiva, la "carga mental" pueden generar factores estresantes, y aprender a reconocer las señales de estrés y aprender a prevenirlas cobra cada vez más importancia en nuestro desarrollo profesional.

## 2 Objetivos

Objetivo principal:
- Identificar las principales fuentes de estrés.

Objetivos secundarios:
- Reconocer las situaciones estresantes más comunes en la actualidad y las fuentes de estrés más comunes.
- Comprender los efectos del estrés.
- Aprender formas de prevenir y manejar situaciones 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 procedentes de publicaciones académicas revisadas.

## 4 Resultados

El estrés laboral se conceptualiza como una serie de fenómenos que ocurren en el organismo del trabajador en los que intervienen estresores nocivos directamente del trabajo, o por los cuales puede afectar la salud del trabajador.
Durante este tiempo de gran agitación económica, cientos de trabajadores han perdido sus empleos debido a reducciones de personal, despidos, fusiones y quiebras corporativas. Millones de trabajadores están siendo trasladados a sus empresas para realizar tareas desconocidas y se preguntan cuánto durarán sus puestos de trabajo. A las presiones que ya enfrentan los trabajadores se suman sus nuevos jefes, el control computarizado de la producción, menos beneficios

de salud y jubilación, y la sensación de que tienen que trabajar más y más duro para mantener su estado económico actual. Los empleados de todos los niveles se enfrentan a una presión e incertidumbre cada vez mayores y actualizan constantemente sus currículos.
El desempleo puede ser devastador, ya que los trabajadores desempleados enfrentan problemas de salud física, estrés marital, ansiedad, depresión e incluso suicidio. El desempleo afecta todos los aspectos de la vida, desde cuando te levantas por la mañana hasta a quién ves y qué puedes hacer. El estrés es crónico antes de la transición a un nuevo rol.
El estrés laboral es el resultado de diferentes situaciones que se dan en nuestro día a día laboral y de diferentes factores que afectan a su salud física y mental.
Decimos estrés laboral cuando existe una discrepancia entre la demanda laboral y los recursos que tienen los trabajadores para hacerle frente. El problema es que nuestros recursos físicos son limitados, lo que lleva al agotamiento físico y mental de los trabajadores. Esto representa una grave amenaza para la salud y el bienestar de los trabajadores, afectando a sus familias y relaciones afectivas.

Causas del estrés laboral:
- Expectativas económicas, salarios insuficientes.
- Presión patronal, asedios o acoso laboral.
- Actividades responsables.
- Funciones contradictorias de los trabajadores.
- Poca motivación.
- Falta de incentivos.
- Conflictos entre empleados o empleadores.
- Carga de trabajo excesiva.
- Exposición a riesgos físicos continuos.
- Trabajar demasiado tiempo.
- Ritmo de trabajo acelerado.
- Preocupaciones sobre el despido.
- Falta de posibilidad de conciliar la vida laboral y personal.
- Factor tiempo: en muchos casos, las tareas también deben realizarse en un tiempo récord. A veces es porque no nos hemos organizado bien y nos estamos quedando sin tiempo, y otras veces porque son tareas urgentes y urgentes que hay que hacer lo más rápido posible para nuestros jefes. Lo que debe hacer es considerar si puede realizar la tarea requerida en el tiempo solicitado. Si no, pedir ayuda no solo no es malo, sino que puede aligerar nuestra carga mental.
- Auto exigencia: Intentar tenerlo todo en ocasiones ha superado lo que nuestro jefe o jefe nos exige. No nos damos cuenta de que si nuestro nivel de auto-

necesidades es alto, puede ser una carga mayor que lo que nos demandan las tareas diarias.
- Relaciones laborables con Equipos de Trabajo: Cuando surge tensión o fricción, pueden surgir sentimientos de impotencia, agobio y frustración cuando trabajamos con personas que creemos que se están comportando de manera poco ética. También sucede cuando tomamos conciencia del acoso en determinados lugares de trabajo. En este caso, el estrés laboral es un factor adicional.

Efectos sobre el trabajo del estrés laboral:
Otro de los síntomas del estrés laboral de los trabajadores se llama Burnout.
El síndrome de Burnout, o síndrome de "estar quemado", es un cambio que experimentan los trabajadores como resultado de su relación con el ambiente de trabajo. Fue descrita por primera vez por Freudenberger en 1974, aunque fueron Malach y Jackson quienes definieron el concepto con mayor claridad en 1986. Sus características únicas son:
- Agotamiento emocional: el agotamiento laboral conduce al agotamiento psicológico y físico de los trabajadores.
- Despersonalización: se manifiesta como una actitud negativa hacia el usuario, aumento de la irritabilidad y pérdida de motivación. Puede conducir a la deshumanización en la terapia debido al endurecimiento de las relaciones.
- Falta de realización personal: disminución de la autoestima personal, expectativas frustradas y manifestaciones físicas, cognitivas y conductuales de estrés.
El síndrome se detectó antes de los 5 años de ejercicio profesional o laboral en 7,5 % y en 25 % antes de los 10 años de manifestación, constituyendo un problema de salud pública.

Las etapas del estrés laboral:
Las etapas del estrés laboral se utilizan para identificar las diferentes etapas que se suceden antes de que el estrés afecte negativamente a los trabajadores. Detectarlos es importante porque luego puede trabajar con ellos de diferentes maneras para garantizar que la evolución no afecte negativamente a los trabajadores.
Hay que tener en cuenta que cada etapa no tiene una duración determinada, ya que depende de la propia resistencia al estrés de la persona. El estrés laboral se divide en tres etapas:
- La primera fase es la fase de alerta. Esta es la respuesta natural del cuerpo a la causa del estrés. El individuo está preparado para enfrentar cosas externas que considera hostiles. La liberación de cortisol, o epinefrina, es responsable del aumento de la frecuencia cardíaca, el aumento de la respiración y cierta ansiedad. Esta etapa suele durar poco tiempo.

- La segunda etapa es un llamado a la resistencia. Cuando una situación de amenaza persiste en el tiempo, nuestro organismo desarrolla una cierta resistencia positiva al estrés para no caer en los síntomas del agotamiento. Es una sensación de normalizar la situación o controlarla, pero el trabajador está consumiendo más recursos de los que empezó. La resistencia al estrés determina la duración de esta fase. Si persisten los factores que estresan a los trabajadores, pasaremos a la siguiente etapa.
- La tercera y última etapa es el agotamiento. Aquí es donde entra el llamado agotamiento. Los trabajadores están físicamente agotados. Afecta la mente y el cuerpo ya que el cuerpo no puede continuar respondiendo a las amenazas externas y la agresión ambiental. Si dura más, puede haber efectos en la salud. Aquí es donde el rendimiento decae debido a la debilidad emocional y física.

Manifestaciones clínicas más frecuentes:
Las manifestaciones clínicas más comunes de tipo psicosomático incluyen: fatiga crónica, dolor de cabeza, alteración del sueño, pérdida de peso, gastritis y dolor muscular.
Las manifestaciones conductuales incluyen: ausentismo laboral, abuso de sustancias (café, alcohol, tabaco, sustancias psicotrópicas), aumento de la violencia, relaciones superficiales y conductas de alto riesgo.
Los cambios de humor incluyen: aburrimiento y actitudes cínicas, distanciamiento emocional, impaciencia e irritabilidad, sentimiento de omnipotencia, dificultad para concentrarse, depresión y/o ansiedad y conflicto con los grupos familiares.

Los efectos del stress:
El estrés laboral también puede tener un impacto en la vida personal, así como en el desempeño y la calidad del trabajo. Cuando el trabajador llegó a casa después de salir del trabajo, cargaba con toda la tensión que se había acumulado y todo afectó a su familia. Esta persona se quejará constantemente de su trabajo y dirigirá sus quejas, arrepentimientos y agresiones hacia su cónyuge, arriesgándose así a una crisis y ruptura matrimonial.
Un individuo afectado por el estrés laboral es incapaz de desarrollar su rol familiar, y le presta menos atención y devoción a su familia, alegando que es una forma de protección para ellos, aunque en realidad es porque no quiere volver a tratar temas laborales. Reprimir tus propios sentimientos puede cambiar tu carácter de manera negativa, tanto para ti mismo como para tus relaciones con los demás, sufriendo una falta de comunicación en todos los niveles.
En términos de trabajo, los resultados más obvios serán la disminución del

rendimiento, la disminución de la motivación, el aumento de la frustración, la insatisfacción y la decepción, la pereza y la falta de compromiso.

Prevención y recomendaciones:
La prevención del estrés es bastante importante y decisiva. Puede manejarse más fácilmente en las etapas iniciales que cuando ya está ”establecido” en los humanos.
Muchas veces, otras personas notan cambios y actitudes en personas estresadas. Las personas que nos rodean son capaces de verificar el diagnóstico precoz del estrés, por lo que es imperativo que los profesionales del equipo entiendan lo que representan.
En algún momento de nuestra carrera profesional puede surgir el estrés y es un riesgo para nosotros, y es importante conocerlo, aceptar nuestras limitaciones y buscar ayuda cuando nos sentimos abrumados.

## 5 Discusión-Conclusión

En conclusión, el estrés laboral puede afectar la actividad y el rendimiento del trabajador, tener graves consecuencias, tanto personales como profesionales.
Las personas tenemos limitaciones, debemos aceptarlas, no existe lo perfecto, solo lo bueno. Cuando nos sentimos abrumados física y emocionalmente, debemos buscar ayuda, también el compañerismo y la unidad son muy importantes. Los compañeros pueden ayudarnos y también orientarnos para afrontar la situación desde otro ángulo y las agencias y los responsables de los equipos de trabajo deben promover la prevención del estrés en la plantilla. Por lo que hay que poner medidas antes de que sea demasiado tarde.

## 6 Bibliografía

1. Lazarus, R. S. y Salkaam, S (1986). Estrés y procesos cognitivos. Barcelona. Ediciones Roca. S.A.
2. Davis, M. ; McKay, M. y Faninig (1998). Técnica cognitiva para el tratamiento del estrés. Barcelona. Ediciones Roca. S.A.

## Capítulo 38

# INTERVENCIONES EN LA ASISTENCIA DE ENFERMERÍA EN CESÁREA PROGRAMADA O URGENTE

PAULA JIMÉNEZ BALLESTEROS

SILVIA FUERTES SANCHEZ

DIEGO HIGUERA GARCÍA

EVA PUÑAL ORTEGA

ROCÍO TROYANO SOLA

## 1 Introducción

Cuando el parto tiene que realizarse a través de una cesárea tendremos en cuenta dos situaciones que marcarán la diferencia en nuestra actuación:
- Cesárea programada o cesárea urgente.
- Tipo de anestesia utilizada.

Cesárea Programada con anestesia epidural o raquídea: nos encontramos con la mejor de las situaciones, ya que, podemos contar con la colaboración materna y el periodo de recuperación postanestesia de la mujer será menor, así como la exposición del feto a los efectos de los fármacos. La actividad del equipo sanitario (anestesistas, ginecólogos, matronas, enfermeras) debería estar encaminada a cumplir con la misma secuencia que en un parto eutócico siempre que la situación clínica de madre y recién nacido lo permita:

- Facilitar un ambiente adecuado en el quirófano, cuidando el nivel de ruido, la luminosidad y la temperatura.
- Realizar un contacto piel con piel inmediato tras el nacimiento poniendo al bebé sobre el tórax/pecho de la madre y permitiendo que repte hasta el pecho de la madre, dejando que surja el reflejo de búsqueda y tras él un agarre espontáneo. Cubrir al recién nacido con una toalla seca y precalentada para preservar su temperatura. Mantener al bebé sobre su madre incluso mientras se sutura la herida quirúrgica, permaneciendo así durante la estancia de la puérpera en la unidad de reanimación hasta su paso a planta.
- Pinzar el cordón umbilical siempre que haya dejado de cuando deja de latir.
- No realizar intervenciones innecesarias al recién nacido como el paso de sondas.
- Realizar la valoración del recién nacido mientras esta sobre el pecho de su madre sin interrumpir el contacto piel con piel.
- Retrasar la administración de profilaxis como vitamina K, pomada oftálmica, vacunación, etc.

## 2 Objetivos

Exponer la aplicación de la teoría practica asistencial de la cesárea urgente con anestesia parcial, además de la cesárea programada o urgente con anestesia general por el personal enfermero.

## 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 aplicación de la teoría a la habilidad asistencial encuentra su mayor obstáculo en el desconocimiento de los beneficios de estas prácticas unido a la dificultad de modificar nuestro modus operandi tradicional, es decir, somos los profesionales los que ponemos las mayores dificultades basándonos en razones de escasa base

científica para no permitir que esta secuencia de actividades sea una realidad cotidiana y no una excepción.
Cesárea urgente con anestesia parcial: el desarrollo de la secuencia de actividades dependerá de las mismas premisas que en un parto instrumental:
- Situación clínica de la madre: condiciona el contacto piel con piel inmediato, así como su colaboración.
- Situación clínica del recién nacido: puede precisar reanimación, y aunque presente un Apgar idóneo no debemos olvidar que ha sido sometido a un estrés adicional lo que puede modificar su reacción inmediata. Sin embargo, esto puede ser una razón más para intentar la piel con piel inmediato por los beneficios que pueden revertir al bebé.
- Cesárea programada o urgente con anestesia general: evidentemente no podemos contar con la colaboración materna por lo que cambiaremos el actor principal para garantizar el contacto piel con piel precoz. Será el padre o la persona elegida por la madre para que la acompañe en el parto quien realice la piel con piel con el recién nacido, con el objetivo de establecer ese contacto precoz que facilite la adaptación al medio del bebé y no el del iniciar la lactancia materna.
En cuanto la situación clínica de la madre lo permita se instaurará esta piel con piel madre/hijo y se vigilará el inicio de la lactancia materna.
Tanto en el parto instrumental como en la cesárea hay una alta probabilidad que se produzca un retraso en la primera toma lo que condiciona también el momento de la subida de la leche interfiriendo directamente en la instauración eficaz e la lactancia materna. Si bien en el caso del parto instrumental los estudios nos indican que no hay disminución en la tasa de inicio de lactancia en el caso de las cesáreas si se observa una disminución en la tasa de inicio.
Ambas situaciones se ven favorecidas por el contacto piel con piel y las tomas frecuentes.

La interferencia de los tratamientos farmacológicos en relación con la instauración de la lactancia materna los estudios concluyen:
- Analgésicos/anestésicos no tienen efectos perjudiciales sobre la lactancia materna.
- Si bien si se ha descrito en relación a la Analgesia Espinal:
"Los recién nacidos tenían dificultades en las primeras tomas, sobre todo si la primera toma se había retrasado, y una menor tasa de lactancia materna a los 6 meses" (Bayngarder y cols).
"Los recién nacidos (RN) recibían más suplementos, estaban más adormilados durante los primeros días y tenían más probabilidad de destete precoz", Torvaldsen.
- Radzyminski no encontró efectos de la anestesia epidural a muy bajas dosis

(sobre todo bupivacaina y fentanilo), en el comportamiento ni la succión del RN, siempre que se deje en CPP, permite a la mujer deambular, lo que facilita la evolución del parto, y disminuye la frecuencia de los partos operatorios.

Anestesia General:
- Dificulta el inicio la lactancia.
- Madre y recién nacidos permanecen más tiempo separados.
- Madre y bebes adormilados tras el parto.

Analgesia Parenteral:
- Disminución en el reflejo de succión.
- Retraso en la primera toma

## 5 Discusión-Conclusión

La aplicación de lo anteriormente mencionado en referencia a nuestros conocimientos teóricos va a verse diferenciado y en controversia con la realidad en la práctica asistencial lo que queremos destacar es que en la mayoría de las ocasiones somos los profesionales los que ponemos las mayores trabas basándonos en razones de poca base científica.

Vemos en la Cesárea Urgente con anestesia parcial, que dependerá de la situación de la madre en cuanto a su colaboración o no en la puesta al niño, inmediatamente, a la lactancia materna y en el contacto piel con piel.

Además, dependerá en gran medida de la situación clínica del recién nacido, que como hemos referenciado anteriormente, aunque presente un Apgar idóneo, se deberá estar atento en todo momento ya que esta situación de idoneidad puede cambiar de un momento a otro.

En cuanto a la inminencia de comenzar la lactancia materna ya sea en un parto instrumental o en una Cesárea, a veces se produce un retraso en este comienzo, viéndose interferido por la ausencia de leche ya que la subida todavía no se produjo, aunque la incidencia mayor de estos casos se da en las cesáreas.

## 6 Bibliografía

1. Costa Romero Marta, Lalaguna Mallada Paula, Díaz Gómez Nuria Marta. Contacto piel con piel tras un parto por cesárea. Puesta al día y propuesta de actuación. Rev. Esp. Salud Publica [Internet]. 2019 [citado 2022 Mar 30] ; 93: e201902006. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-57272019000100020&lng=es.

Epub 07-Sep-2020.
2. https://www.elsevier.es/es-revista-revista-colombiana-anestesiologia-341-articulo-manejo-anestesico-operacion-cesarea-urgente-S0120334712000470.
3. https://kidshealth.org/es/parents/breast-bottle-feeding.html.
4. https://www.natalben.com/parto/parto-por-cesarea.
5. http://www.scartd.org/arxius/anest_cesarea05.pdf.

## Capítulo 39

# ABORDAJE EN ATENCIÓN PRIMARIA POR ENFERMERÍA DEL EMBARAZO Y EL SEGUIMIENTO DE LA LACTANCIA MATERNA

DIEGO HIGUERA GARCÍA

SILVIA FUERTES SANCHEZ

PAULA JIMÉNEZ BALLESTEROS

EVA PUÑAL ORTEGA

ROCÍO TROYANO SOLA

## 1 Introducción

El papel de los profesionales sanitarios en especial el personal enfermero en relación a la promoción de la lactancia materna, así como a favorecer que su instauración sea exitosa, es indiscutible en cualquiera de los ámbitos laborales. Sin embargo, más concretamente en atención primaria supone un pilar fundamental ya que es el punto de inicio y de final del proceso de cuidados de la lactancia. Si a esto unimos que la relación entre los usuarios con los profesionales de atención primaria es más estrecha y sostenida en el tiempo convertimos nos encontramos con la situación sanitaria ideal para realizar una intervención de lactancia materna.

Todos los profesionales del equipo de atención primaria tienen un papel relevante en cuanto a la lactancia materna, pero vamos a destacar y desarrollar el papel de la enfermera y de la matrona.
En el caso de la matrona es el profesional por excelencia para el abordaje desde el inicio, ya que, contacta con la mujer desde el principio del embarazo, y tanto en las consultas de seguimiento como en las clases de educación maternal ofrecerá a esta futura madre información y formación sobre lactancia materna, guiando y apoyando la decisión sobre el tipo de alimentación para su futuro hijo.

## 2 Objetivos

Exponer el importante papel que cumple el personal de enfermería en la valoración, seguimiento y educación, se verá el uso de las competencias, las cuales agruparemos por áreas de intervención todas estas actividades:
- Actividades de promoción.
- Actividades de seguimiento y apoyo.
- Actividades de educación grupal.

## 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 profesional de enfermería de atención primaria entra en escena cuando ya se produce el nacimiento. Si bien durante los primeros meses comparten el seguimiento tanto de la madre como del recién nacido la matrona y el pediatra.
El papel de la enfermería se centrará en la valoración, seguimiento y educación teniendo como objetivo principal facilitar las herramientas necesarias a la madre y el apoyo emocional que precise para instaurar, mantener y disfrutar de la lactancia materna.
Para ello hará uso de las siguientes competencias:

- Utilizará habilidades de comunicación que le permitan desarrollar una entrevista clínica.
- Será capaz de realizar la observación de una toma de lactancia materna detectando los signos positivos y de alerta.
- Utilizará la educación para la salud como base de todas sus intervenciones.

Podríamos desarrollar un listado de actividades específicas que las enfermeras realizan en los centros de salud en relación a la lactancia, pero debemos entender que la variabilidad no sólo entre comunidades sino incluso entre centros de una misma área de salud en cuanto a la carta de servicios que ofrece la enfermería nos dejaría una lista interminable de situaciones particulares.

Pero si es posible agrupar por áreas de intervención todas estas actividades:
- Actividades de promoción: información en la consulta prenatal, charlas informativas sobre lactancia materna dirigidas a mujeres en general no sólo embarazadas.
- Actividades de seguimiento y apoyo: desarrollo de historia de la lactancia, observación de una toma, consultas de seguimiento programadas en los periodos de más riesgo como la primera semana de vida, consultas a demanda de la madre para resolución de dudas, seguimiento del bebé a lo largo de todo su desarrollo.
- Actividades de educación grupal: los grupos de lactancia son un pilar fundamental en el mantenimiento de la lactancia materna generando sistemas de apoyo imprescindibles en el momento actual, también los grupos de educación dirigidos a los cuidados del recién nacido en general.

## 5 Discusión-Conclusión

El objetivo principal de este artículo es dejar patente la importancia indiscutible del gran abordaje enfermero de la lactancia materna en los centros de Atención primaria, la enfermería se convierte en un referente para la madre que precisa ayuda, consejo, apoyo o seguimiento en el proceso de amamantamiento de su bebé, generando una puerta accesible y eficaz dentro del sistema sanitario, lo cual es de vital importancia sobre todo para los progenitores primerizos, para que no incurran en ninguna negligencia debido al desconocimiento del cuidado del bebe, y que sepa que estamos hay para el apoyo y ayuda que requiera en el proceso del postparto en especial.

# 6 Bibliografía

1. Tavera Salazar Mario. La atención primaria de salud y la salud materno infantil. Rev. peru. ginecol. obstet. [Internet]. 2018 Jul [citado 2022 Mar 31]; 64(3): 383-392. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2304-51322018000300011&lng=es.
http://dx.doi.org/https://doi.org/10.31403/rpgo.v64i2101.
2. Pallás Alonso Carmen Rosa, Soriano Faura Javier, Colomer Revuelta Julia, Cortés Rico Olga, Esparza Olcina Mª Jesús, Galbe Sánchez-Ventura José et al . Apoyo a la lactancia materna en Atención Primaria. Rev Pediatr Aten Primaria [Internet]. 2019 Jun [citado 2022 Mar 31]; 21(82): 191-201. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1139-76322019000200020&lng=es.
Epub 14-Oct-2019.
3. https://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27-articulo-lactancia-materna-puede-el-personal-13073415.

## Capítulo 40

# TIPOS DE BAROTRAUMA INVESTIGACIÓN POR ENFERMERÍA

EVA PUÑAL ORTEGA

SILVIA FUERTES SANCHEZ

PAULA JIMÉNEZ BALLESTEROS

DIEGO HIGUERA GARCÍA

ROCÍO TROYANO SOLA

## 1 Introducción

Es el traumatismo pulmonar originado por la presión positiva, dando lugar a la formación de aire fuera del espacio alveolar originando diferentes complicaciones: enfisema intersticial, neumomediastino, enfisema subcutáneo, neumotórax, embolia gaseosa, etc. Ocurren tanto por buceo como por ascensos atmosféricos, así como los producidos por soporte ventilatorio mecánico. Las lesiones producidas por Barotrauma atmosférico afectan fundamentalmente a oídos y senos, mientras que las de buceo son por descompresión con embolia gaseosa y también lesiones auditivas. El barotrauma pulmonar se puede producir por buceo y por ventilación mecánica.

Cuando se produce el barotrauma manifiesta unos síntomas típicos:

- Dolor de oídos.
- Mareo.
- Taponamiento en los oídos.

- Pérdida de la audición.
- Barotrauma.

El Barotrauma se produce por cambios de presión que inciden de forma adversa en el oído, al no poder la trompa de Eustaquio equilibrar la presión en los tímpanos.
Para la prevención del Barotrauma las personas que viajan mucho en avión y los buceadores deben tener una trompa de Eustaquio que funcione adecuadamente, así como ser capaces de "destaponar" los oídos con los ejercicios de deglución a través del bostezo o la auto insuflación. El otorrinolaringólogo puede hacer una evaluación del funcionamiento observando el tímpano. A las personas que viajan en avión se les recomienda usar descongestionantes orales antes del viaje en vuelo o nebulizadores nasales antes de aterrizar. A los buceadores se les proporciona entrenamiento para prevenir todos los tipos de Barotrauma de oído.

## 2 Objetivos

- Exponer el tipo de Barotrauma auditivo, además de su tratamiento y descripción del síndrome de descompresión.
- Proceder a la descripción del Barotrauma pulmonar y el tratamiento de sus complicaciones.

## 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, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

## 4 Resultados

- Barotrauma auditivo.

En el oído externo acontece cuando el buceador desciende con tapones produciéndole otorragia por la aparición de bullas por rotura del tímpano. La afectación del oído medio es la más frecuente; acontece por la diferencia de presiones que sufre el oído medio entre el canal auditivo externo (CAE) y la trompa de Eustaquio si no se tiene la precaución de realizar maniobras de Valsalva mientras se desciende.

También por la falta de permeabilidad de la trompa de Eustaquio. Provoca intenso dolor y rotura timpánica.
El oído interno se puede afectar con la rotura de las ventanas oval y redonda apareciendo un cuadro brusco de vértigo, acúfenos y nistagmo.
El Barotrauma sinusal se origina cuando los agujeros de drenaje están obstruidos en los descensos de buceo; produciendo epistaxis y dolor.
Tratamiento.
Mantener oído seco, evitar bucear y volar mientras el tímpano esté afectado; descongestionantes nasales y antihistamínicos, van bien, no así los antibióticos que no han demostrado su eficacia.
- Síndrome de descompresión.
Ocurre por los descensos de más de 10 metros. El nitrógeno se disuelve en la sangre al aumentar la presión y si el ascenso es muy rápido se producen burbujas en el torrente sanguíneo y tejidos. Las manifestaciones clínicas se desencadenan inmediatamente y hasta 12 horas después presentándose dolor en las articulaciones, mialgias, prurito con rash, jaqueca, fatiga, trastornos visuales y de comportamiento, dolor esternal, tos y disnea. El tratamiento es la descompresión en cámara la cual puede ser muy eficaz aún si se retrasa hasta una semana. No subestimar los casos, aunque tengan escasez de sintomatología.
- Barotrauma pulmonar.
Ocurre en buceo con bombonas de aire comprimido y en pacientes conectados a ventilación mecánica en unidades de cuidados intensivos, siendo considerada la lesión pulmonar más frecuente asociada a la ventilación mecánica. Se produce una sobre distensión de alvéolos pulmonares con rotura y escape de aire al intersticio pulmonar y cavidad pleural produciéndose el consecuente neumotórax y el enfisema subcutáneo o mediastínico. La entrada de aire a los vasos sanguíneos da lugar a embolias arteriales. El tratamiento es el de dichas complicaciones.
- Volutrauma: es la sobre distensión pulmonar local asociada a un elevado volumen circulante.
- Atelectrauma: lesión del parénquima pulmonar producido por una ventilación con bajos volúmenes inspiratorios asociados a niveles inadecuados de PEEP (Presión positiva al final de la expiración )(principalmente en pacientes son SDRA (síndrome de distrés respiratorio agudo).
- Biotrauma: sobre distensión pulmonar local producida por una ventilación con volúmenes inspiratorios excesivos asociados a bajos niveles de PEEP.

## 5 Discusión-Conclusión

Desde la descripción como personal enfermero destacamos en nuestra opinión que la resolución de los diferentes tipos de Barotrauma expuestos lo más esencial será el de la aplicación de los tratamientos en base a los síntomas que presenten, las pruebas que se necesitaran irán en dependencia del Barotrauma que se nos presente.

Los facultativos reconocen el Barotrauma especialmente por la naturaleza de sus síntomas y su aparición en relación con el buceo. Dependiendo de los síntomas que presente, se podrán hacer pruebas de diagnóstico por la imagen. Por ejemplo, las personas afectadas con Barotrauma pulmonar por lo ordinario requieren de radiografías de tórax. Las personas con Barotrauma del oído o de los ojos pueden necesitar hacerse una prueba de audición o de visión.

## 6 Bibliografía

1. Gil Cano A., Monge García M.I., Gracia Romero M., Díaz Monrové J.C.. Incidencia, características y evolución del barotrauma durante la ventilación mecánica con apertura pulmonar. Med. Intensiva [Internet]. 2012 Jul [citado 2022 Mar 31]; 36(5): 335-342. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0210-56912012000500005&lng=es.

2. https://www.topdoctors.es/diccionario-medico/barotrauma.

3. https://www.msdmanuals.com/es-es/hogar/traumatismos-y-envenenamientos/lesiones-por-submarinismo-y-aire-comprimido/barotrauma.

4. https://www.mayoclinic.org/es-es/diseases-conditions/airplane-ear/symptoms-causes/syc-20351701.

5. https://altiorem.com/informacion-pacientes-patologias/medicina-subacuatica-hiperbarica/barotrauma-de-oido-interno/.

## Capítulo 41

# TRASTORNOS DEL SUEÑO EN PROFESIONALES SANITARIOS

MARÍA HIDALGO SÁNCHEZ

ANIANA GONZÁLEZ ORTEGA

MARÍA MARÍN SABARIEGO

## 1 Introducción

El ámbito sanitario conlleva una serie de exigencias, presión y responsabilidades a nivel laboral que contribuyen a desarrollar en los profesionales de dicha área una serie de efectos adversos en su calidad de vida entre los que destacan la fatiga, el estrés, el burnout y los trastornos del sueño. De todos estos efectos adversos, hemos decidido analizar como tema clave en esta revisión narrativa los trastornos del sueño. Éstos se definen como un amplio grupo de afecciones que afectan el desarrollo habitual del ciclo sueño-vigilia. (Parra Triana, 2019)

El sueño es una necesidad humana básica que cumple funciones en el sistema inmunológico, el metabolismo, la cognición y la regulación emocional; y engloba un conjunto de procesos fisiológicos complejos que resultan de la interacción de una gran cantidad de sistemas neuroquímicos del sistema nervioso central y que se acompañan de modificaciones en los sistemas nervioso periférico, endocrino, cardiovascular, respiratorio y muscular. Es un fenómeno cíclico, también conocido como ritmo circadiano (ciclo sueño-vigilia), y es fundamental que éste sea regular. Su privación aumenta la propensión a la somnolencia diurna excesiva y la modificación de los ritmos circadianos con una mayor incidencia de insomnio, lo que puede conllevar un detrimento de la respuesta a estímulos externos

y de concentración. Por tanto, al inferir en el desempeño laboral, la calidad asistencial de los trabajadores puede verse afectada, así como su estado de salud y autopercepción profesional. (Antonio et al., 2016; Cavalheiri et al., 2021)

## 2 Objetivos

- Conocer la relación directa entre las características del trabajo en ámbito sanitario y la prevalencia de los trastornos del sueño entre los profesionales sanitarios.
- Describir los principales trastornos del sueño que padecen los profesionales sanitarios y los factores que los desencadenan; así como las posibles consecuencias que pueden desencadenar.

## 3 Metodología

Se ha realizado una revisión bibliográfica narrativa utilizando las bases de datos Pubmed, Dialnet y Scielo. La búsqueda ha tenido lugar desde el 15 hasta el 25 de marzo de 2022. Para la búsqueda se han seleccionado las siguientes palabras clave categorizadas como términos MeSH y DeCS: Trastornos del Sueño/Sleep Wake Disorders, Enfermería/Nursing; a través de las cuales hemos construido cadenas de búsqueda con los operadores ”Y/AND” y ”O/OR”. Para guardar las referencias hemos hecho uso del gestor Mendeley. Finalmente fueron incluidas en esta revisión 7 fuentes bibliográficas.

## 4 Resultados

Entre los trastornos del sueño que más suelen manifestar los trabajadores a turnos se encuentran: el insomnio, la hipersomnia diurna y el trastorno del ritmo circadiano y los despertares nocturnos. (Díaz-Campo García-Carpintero et al., 2008; Weaver, 2018)

Por tanto, podemos señalar las disomnias como los trastornos del sueño con mayor prevalencia en el ámbito sanitario. Las disomnias son aquellos trastornos relacionados con la cantidad, la calidad y/o el horario del sueño. Dentro de este grupo se incluye el insomnio primario, la hipersomnia primaria y el trastorno del ritmo circadiano. (Gállego Pérez-Larraya et al., 2007)

- Insomnio Primario: se caracteriza por la dificultad para iniciar o mantener el sueño, o no tener un sueño reparador, produciendo esta alteración un deterioro

en la calidad de vida del individuo.
- Hipersomnia Primaria: somnolencia excesiva que se evidencia por episodios prolongados de sueño y por episodios de sueño diurno que se producen prácticamente a diario.
- Trastorno del Ritmo Circadiano: es un trastorno en el que aparece alterado el ritmo sueño-vigilia del individuo como consecuencia de una mala sincronización entre el sistema circadiano endógeno del individuo y las exigencias externas de espaciamiento y duración del sueño.

En menor medida Weaver et al. señaló la presencia de despertares nocturnos en su estudio como co-trastorno del sueño y que se englobarían dentro de las parasomnias no especificadas o cuadro clínicos en los que aparecen alteraciones en el comportamiento o reacciones fisiológicas anormales durante el sueño o en las transiciones sueño-vigilia y que no reúnen los criterios para establecer el diagnóstico de una parasomnia específica. (Weaver, 2018)

Los factores que predisponen estos trastornos en el entorno sanitario son: (Cavalheiri et al., 2021; Gomez-Garcia et al., 2016)
- La fragmentación del trabajo.
- La turnicidad.
- El trabajo nocturno.
- El exceso de horas.
- La complejidad del servicio.
- La acumulación de funciones para cumplir con las metas.
- El contacto con pacientes de riesgo y la necesidad de tomar decisiones rápidas.

Las principales consecuencias de los trastornos del sueño que influyen en la actividad habitual de los profesionales son: (Gomez-Garcia et al., 2016; Weaver, 2018)
- Cansancio.
- Irritabilidad.
- Lentitud.
- Cambios frecuentes en el estado de ánimo, interrelacionados con un mayor índice de ansiedad y/o depresión.
- Disminución del rendimiento psicomotor.
- Insatisfacción en la calidad del sueño (en especial al trabajar de noche).
- Somnolencia.

En especial, la turnicidad y el trabajo nocturno se erigen como principales factores predisponentes de un empeoramiento de la calidad del sueño, así como una peor percepción del cuidado del paciente que puede llevar una serie de efectos adversos como errores en la transmisión de información a otros compañeros

(relevo) y menor concentración en el trabajo. (Gomez-Garcia et al., 2016)

## 5 Discusión-Conclusión

En esta revisión se concluye que la mala calidad del sueño y los trastornos del sueño son prevalentes en el personal sanitario debido a las características del desempeño de la atención sanitaria y las condiciones laborales propias del mismo, entre las que destacan como desencadenantes de dichos trastornos la turnicidad y nocturnidad. El insomnio y la hipersomnia son las disomnias predominantes e inciden en la calidad de vida de los trabajadores, así como en la labor asistencial que realizan en su día a día poniendo en riesgo la calidad de la misma. Por ello, es necesario más investigación al respecto y planes de educación sanitaria para cuidar a quienes nos cuidan.

## 6 Bibliografía

Antonio, J., Murillo, R., Flores Fernández, B., López Quiroga, M., Argilés Miró, N., Pascual, L. B., & Castellví, N. P. (2016). Calidad del sueño del personal asistencial del turno de noche de un hospital de tercer nivel. Metas Enferm, 19(4), 18–22.

Cavalheiri, J. C., Pascotto, C. R., Tonini, N. S., Vieira, A. P., Ferreto, L. E. D., & Follador, F. A. C. (2021). Sleep quality and common mental disorder in the hospital nursing team. Revista Latino-Americana de Enfermagem, 29. https://doi.org/10.1590/1518-8345.4280.3444

Díaz-Campo García-Carpintero, Y., Díaz-Campo García-Carpintero, C., Puerma Castillo, C., Viedma Lloreda, M. N., Aulet Ruiz, A., Lázaro Merino, E., & Fernández Rodríguez, O. M. (2008). La calidad del sueño en los profesionales sanitarios de dos Áreas de Salud de Castilla-La Mancha. Revista Clínica de Medicina de Familia, 2(4), 156–161. https://doi.org/10.4321/s1699-695x2008000200004

Gállego Pérez-Larraya, J., Toledo, J. B., Urrestarazu, E., & Iriarte, J. (2007). Clasificación de los trastornos del sueño. Anales Del Sistema Sanitario de Navarra, 30(SUPPL. 1), 19–36. https://doi.org/10.1016/b978-84-8086-733-7.00020-6

Gomez-Garcia, T., Ruzafa-Martinez, M., Fuentelsaz-Gallego, C., Madrid, J. A., Rol, M. A., Martinez-Madrid, M. J., & Moreno-Casbas, T. (2016). Nurses' sleep quality, work environment and quality of care in the Spanish National Health System: Observational study among different shifts. BMJ Open, 6(8), 1–11. https://doi.org/10.1136/bmjopen-2016-012073

Parra Triana, M. (2019). RELACIÓN DE LA CARGA MENTAL CON LA ALTERACIÓN DEL SUEÑO EN ENFERMERAS.

Weaver, R. et al. (2018). Sleep disorders, depression, and anxiety are associated with adverse safety outcomes in healthcare workers: A prospective cohort study. J Sleep Res., 27(6).

## Capítulo 42

# FUNCIONES DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA EN CUIDADOS PALIATIVOS

ANDREA PALOMARES MUELA

LUZ MARÍA CARREÑO TÉBAR

DANIEL ORDÓÑEZ ZAMORANO

MARÍA DE LA CRUZ RODRÍGUEZ

ALBERTO ORDOÑEZ ZAMORANO

## 1 Introducción

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), los Cuidados Paliativos se definen como "Enfoque que mejora la calidad de vida de pacientes y familias que se enfrentan a los problemas asociados de enfermedades amenazantes para la vida, a través de la prevención y alivio del sufrimiento por medio de la identificación temprana e impecable evaluación y tratamiento del dolor y otros problemas físicos, psicológicos y espirituales"
La Sociedad Española de Cuidados Paliativos -SECPAL- incluye en sus estatutos que los cuidados paliativos se basan en una concepción global, activa y viva de la terapéutica, que comprende la atención de los aspectos físicos, emocionales, sociales y espirituales de las personas en situación de enfermedad terminal. Los objetivos principales son el bienestar y la promoción de la dignidad y autonomía

de los enfermos y su familia, los medios terapéuticos, el control de síntomas, el apoyo emocional y la comunicación cuando estemos delante de una enfermedad avanzada, progresiva e incurable, sin posibilidades razonables de respuesta a un tratamiento específico y con una muerte previsible a corto plazo, causada por cualquier enfermedad crónica y progresiva.

-Paciente Terminal: según la OMS, "es aquel que padece una enfermedad avanzada, progresiva e incurable, falta de respuesta al tratamiento específico, con síntomas múltiples, multifactoriales, intensos y cambiantes, gran impacto emocional en el enfermo, la familia o el entorno afectivo y equipo, con un pronóstico de vida limitado (inferior a seis meses)".

-Situación de enfermedad terminal: "Aquella en la que existe una enfermedad avanzada, incurable, progresiva, sin posibilidad razonable de respuesta al tratamiento específico, que provoca problemas como la presencia de síntomas multifactoriales, intensos y cambiantes con la existencia de un gran impacto emocional en enfermos, familiares y equipos. Con un pronóstico de vida generalmente inferior a los seis meses, que genera una gran demanda de atención, y en la que el objetivo fundamental consiste en la promoción del confort y la calidad de vida del enfermo y de la familia (basada en el control de síntomas, el soporte emocional y la comunicación).

Normalmente los equipos de una Unidad de Cuidados Paliativos están formados por médicos, enfermeras, técnicos en cuidados auxiliares de enfermería (TCAE), psicólogos, trabajadores/as sociales, entre otros.

El personal sanitario tiene dedicación exclusiva y formación avanzada. Cada profesional de este equipo presta asistencia al paciente terminal y su familia, desde su perspectiva profesional. De aquí que se hable de una asistencia activa, total y multidisciplinar dirigida a aliviar el dolor del paciente y darle soporte emocional tanto al paciente terminal como a la familia.

## 2 Objetivos

-Exponer qué son los cuidados paliativos, sus objetivos y la importancia del Equipo
Multidisciplinar de Cuidados Paliativos.

-Resaltar la importancia del desarrollo de un Plan de Cuidados Individualizado de Enfermería para el tratamiento de estos pacientes terminales.

## 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

Dentro de este equipo multidisciplinar nosotros vamos a dirigir nuestra atención al personal de enfermería (DUE y TCAE) y su papel en los cuidados paliativos. La función de estos profesionales es la elaboración y aplicación del Plan de Cuidados Individualizado en función de la etapa, síntomas y efectos secundarios de la enfermedad y así favorecer que el paciente tenga calidad de vida en el aspecto físico, emocional, y espiritual. También deben estar y acompañar al enfermo y su familia en su día a día. Deben practicar la empatía y la escucha activa para ser capaces de detectar las necesidades del paciente y la familia con la idea de proporcionarles confort y bienestar.

Normalmente cuando un paciente entra en una Unidad de cuidados paliativos la supervisora de enfermería le asigna una enfermera de referencia. Esta será la encargada de elaborar su Plan de cuidados individualizado que pondrá en práctica con la colaboración de los TCAEs de su equipo. En el caso de que el mismo paciente se vaya de alta y tenga que volver a ingresar, será la misma enfermera de referencia la que se le asignará de nuevo.

El Plan de Cuidados deja de tener vigencia en tres casos:

1. Cuando el paciente se va de alta por mejoría de la sintomatología, en cuyo caso la enfermera referente elaborará un informe de continuidad de cuidados y se pondrá en contacto telefónico con la enfermera de enlace del Centro de Salud para que le hagan el seguimiento
2. Cuando se traslada a otro Hospital, en cuyo caso también se elaborará un Informe de continuidad de cuidados.
3. Por el fallecimiento del paciente (exitus).

Otro aspecto a destacar del trabajo enfermero y el plan de cuidados es la utilización de los tres lenguajes estandarizados reconocidos por la American Nurses Association (ANA): los diagnósticos desarrollados por la NANDA, la Clasifi197 cación de la Intervenciones de Enfermería N.I.C. (Nursing Interventions Classification), y los de la Clasificación de Resultados de Enfermería N.O.C (Nursing

Outcomes Classification). La búsqueda de un lenguaje común para todos los profesionales de los cuidados paliativos, facilita la evaluación de resultados de estos cuidados. LA AECPAL (Asociación Española de Enfermería en Cuidados Paliativos) considera fundamental la utilización de un lenguaje común que facilite el trabajo de todos los equipos de enfermería de cuidados paliativos. Lo que se pretende es unificar conceptos y metodología enfermera. Por todo esto elaboraron un documento de consenso que facilita la labor de los equipos de enfermería de paliativos, con un lenguaje común que asegura la por un lado la continuidad y por otro la calidad de los cuidados.

Por último, todo Plan de Cuidados tiene cinco fases:

1. Valoración: Etapa de recogida y análisis de información sobre el estado de salud del paciente.
2. Diagnóstico: Una vez analizada toda la información sobre el estado de salud del paciente, se identifican los problemas del paciente.
3. Planificación: Aquí hay que realizar cuatro cosas clave, que son:

- Establecimiento de prioridades.
- Establecimiento de objetivos.
- Concretar las intervenciones que llevaremos a cabo para conseguir cumplir los objetivos.
- Llevar a cabo el Plan Individualizado, teniendo en cuenta la situación concreta del paciente que nos ocupa.

4. Ejecución. La puesta en marcha en sí misma.
5. Evaluación. Una vez puesto en marcha, se analizan los resultados obtenidos y si no son satisfactorios cambiar lo que sea necesario.

El objetivo principal de los cuidados paliativos en general y de los planes de cuidados individualizados en particular es ofrecer calidad de vida a la persona con enfermedad terminal y su familia teniendo en cuenta sus características individuales. Para esto, es necesario que se cumplan los siguientes objetivos específicos:

- Aliviar el dolor y otros posibles síntomas. Para conseguir este objetivo, es imprescindible utilizar fármacos analgésicos ya que según la Sociedad Española de Cuidados Paliativos (SECPAL) entre el 60 y 80% de las personas con enfermedad terminal tiene dolor moderado y/o severo, lo que afecta directamente a su calidad de vida.
- Ofrecer la información y la comunicación adecuadas.
- Reducir el estrés y la ansiedad tanto del paciente como de la familia por medio de una información adecuada, progresiva y respetuosa.
- Respetar la autonomía. La paciente tiene derecho a recibir toda la información y en función de esta, a expresarse y tomar sus propias decisiones. De esta manera

se respeta su autonomía.
- Asistir en todo el proceso la asistencia física, emocional, social y espiritual. Se presta desde que se informa de la condición avanzada de la enfermedad hasta el duelo de la familia.
- Atender el duelo. Una de las tareas de los cuidados paliativos es ayudar a la familia a asumir que la persona ya no está y a que se adapten a la nueva situación.
La utilización del Plan de Cuidados Individualizado es útil para el manejo y alivio de los problemas que puedan tener tanto el paciente como su familia.
- Facilitar la coordinación del equipo de cuidados.
- Permitir la homogeneización del lenguaje.
- Permitir establecer líneas de actuación para la continuidad de cuidados.
- Mejorar la calidad de la atención para aliviar y disminuir el sufrimiento del paciente y su familia.

Cuidar se convierte en un acto profesional. Lo novedoso es que no se cuida para curar sino para acompañar. Nos permite detectar y conocer las necesidades y problemas del paciente.

También, facilita el manejo de enfermedad avanzada y la colaboración entre los distintos profesionales del equipo.

Normalmente los pacientes terminales tienen dolor físico y emocional, ansiedad, depresión, fatiga … agudizándose al final del proceso. La comunicación terapéutica, la escucha activa y empatía por parte de las enfermeras y TCAE son uno de los recursos más deseables y exitosos para proporcionarles el confort y la calidad de vida que se busca con todo Plan de Cuidados de las Unidades de Cuidados Paliativos.

Ayudan a constatar que el sufrimiento propio del paciente terminal es multidimensional, es decir que tiene un aspecto físico, espiritual, social, emocional y familiar, por lo que queda claro que es mucho más complejo que un simple sufrimiento físico, por lo que es necesario afrontarlo en todas estas dimensiones para proporcionarle alivio.

Debido a las características propias de la enfermedad terminal, estos pacientes están ingresados en la unidad durante mucho tiempo, lo que conlleva establecer un vínculo muy fuerte entre enfermería y el paciente, por lo que la implicación emocional es muy grande. La conexión que se establece entre el profesional, el paciente y la familia es muy importante lo que tiene un efecto terapéutico muy significativo

## 5 Discusión-Conclusión

El Plan de Cuidados Individualizado es fundamental en la práctica del personal de enfermería para poder unificar y dar continuidad a los cuidados y así evitar la variabilidad asistencial.
La especialización o cualificación del personal de enfermería tiene una relación directamente proporcional a la calidad de los cuidados paliativos. Como ya mencionamos antes el personal sanitario de las Unidades de Cuidados Paliativos tienen dedicación exclusiva y formación avanzada.
Cuando se dispensan cuidados paliativos de calidad, el paciente se siente mejor y el profesional siente más satisfacción personal. Se demuestra que la elaboración de protocolos o la estandarización, redunda en el alivio de los pacientes y familias, por eso es tan necesaria e imprescindible.
Los Planes de cuidados individualizados nos facilitan la elección de la intervención adecuada para una situación muy concreta de salud

## 6 Bibliografía

1. “El equipo de enfermería y los cuidados paliativos. Atención y cuidados del técnico” Fundación FAE Cuidados Paliativos.info.
2. “Atención del Auxiliar de Enfermería al enfermo terminal”. CGT Sanidad.
3. “Guía de cuidados Paliativos” SECPAL.

## Capítulo 43

# ENFERMERIA :CICATRIZACIÓN DE LAS HERIDAS POR SEGUNDA INTENCIÓN

ANDREA PALOMARES MUELA

LUZ MARÍA CARREÑO TÉBAR

DANIEL ORDÓÑEZ ZAMORANO

MARÍA DE LA CRUZ RODRÍGUEZ

ALBERTO ORDOÑEZ ZAMORANO

## 1 Introducción

La cicatrización es el proceso biológico encargado de reparar correctamente las heridas. Las reacciones e interacciones celulares tienden a la curación y reparación, ya sea por primera intención o por segunda.
La piel es el órgano mas grande del cuerpo, recubriéndolo en su totalidad. Ésta protege al organismo de factores externos manteniendo su integridad, y cumple diferentes funciones: regular la temperatura corporal, absorber y excretar líquidos, absorber radiación ultravioleta, metabolizar la vitamina D, recibir los estímulos sensoriales y proteger frente a las infecciones. Un adulto, de media, posee de 1,5 a 2 metros cuadrados con un grosor entre 1,5 a 4 milímetros.
Una herida supone una alteración de la integridad de la piel producida por un traumatismo, un agente químico o uno biológico. Los principales síntomas son la separación de la piel, hemorragia e inflamación.

Según la cicatrización, las heridas pueden ser agudas o crónicas. Las heridas agudas son aquellas que el organismo es capaz de cerrar completamente en un tiempo aproximado de seis semanas sin infecciones. En cuanto a las heridas crónicas, el organismo no puede cerrarlas en el tiempo esperado. El retraso en el tiempo de curación se produce por la ausencia de crecimiento de los tejidos, provocado por un origen metabólico o alguna enfermedad de base.
La cicatrización puede darse de dos maneras:
- Primera intención: se da en heridas limpias, cuyos bordes se pueden aproximar bien con una sutura precisa. Se produce una pequeña formación de tejido nuevo y la cicatriz llega a ser casi imperceptible.
- Segunda intención: son heridas que han sufrido una pérdida de sustancia o están contaminadas. No es posible suturarlas ya que se formaría un seroma debajo, con el consiguiente riesgo de infección por acumularse bacterias.

El proceso de cicatrización requiere los mismos procesos bioquímicos y celulares independientemente del tipo de herida. Por segunda intención será necesaria una mayor formación de tejido conectivo. Comienza al producirse la lesión, y la velocidad del proceso viene determinada por una serie de factores: superficie, profundidad, zona afectada, grado de contaminación, alteraciones genéticas y otras enfermedades, administración de determinados fármacos, etc.

## 2 Objetivos

- Conocer la cicatrización por segunda intención en heridas quirúrgicas o traumáticas.
- Realizar una revisión de los tratamientos disponibles para heridas que curan por segunda intención.

## 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: Medline y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

# 4 Resultados

Una herida cierra por segunda intención cuando ha sufrido pérdida de tejidos o está muy contaminada, lo que provoca la formación de tejido de granulación y la consiguiente retracción a fin de cicatrizar. Este trastorno está provocado por contaminación y por una perfusión, oxigenación y nutrición inadecuadas. Los pacientes más propensos a sufrir este trastorno son aquellos que se encuentran desnutridos, los obesos, diabéticos, ancianos y los que están siendo tratados con esteroides, quimioterapia o radioterapia.
Valoración.
En el estado inicial de la herida los bordes están inflamados, duros y son sensibles a la presión. El tejido de granulación de la base y las paredes son de un color rosa claro, que va evolucionando a un rosa intenso y posteriormente a rojo carnoso.
Las células epiteliales del tejido que rodea la herida se trasladan progresivamente a través del tejido de granulación. Conforme va avanzando la cicatrización, el ángulo que forman los bordes de la herida y los tejidos adyacentes se vuelve menos agudo, y la herida termina por cerrarse. En algunas ocasiones la herida puede tener un aspecto ulceroso que gradualmente disminuye de tamaño conforme la herida se va cerrando. El tiempo de cicatrización varía en función del tamaño y la localización de la herida, y del estado físico del paciente.
Alteración de la cicatrización.
Se produce cuando aparece exudado en la base y en los laterales de la herida, y no remite al avanzar la cicatrización. Se debe observar la cantidad, el olor y el color del exudado. También se debe prestar atención a la piel que rodea la herida por si aparecen cambios en la coloración, incremento del calor local, aumento del dolor o tumefacción.
Pruebas diagnósticas.
Con el fin de valorar el hematocrito y descartar infecciones, hay que hacer un hemograma completo y un recuento diferencial de leucocitos. Si se observa un aumento del recuento de leucocitos, es signo de infección. Hay que tener en cuenta que los pacientes inmunodeprimidos tienen un recuento bajo de base. Otro signo de infección es una desviación a la izquierda del recuento diferencial. En el caso de que el recuento de linfocitos sea menor que 1800 por $mm^3$ y la albuminemia tenga un valor menor a 3,5 g/dl, el paciente se encuentra desnutrido. Se producirá una cicatrización óptima si el hematocrito es mayor del 20%.
Cuando haya signos de presencia de infección será necesario realizar otras pruebas complementarias. Con una tinción de Gram del exudado se podrá determinar el organismo causante de la infección y ayudará a elegir el antibiótico inicial. Una

biopsia tisular o cultivo y antibiograma del exudado podremos asegurarnos de la presencia de infección y seleccionar el antibiótico mas indicado. Realizar una ecografía, sonografía y sinografía serán de utilidad cuando haya sospecha de abscesos y tractos fistulosos.

Tratamientos.

- Medicamentos desbridantes: son preparados de enzimas, principalmente colagenasa, que reblandecen y eliminan el tejido necrótico, contribuyendo a la formación de tejido de granulación. Entre los medicamentos comerciales a base de colagenasa se encuentran las cremas Collagenase Santyl e Iruxol Mono.
- Apósitos: utilizados para mantener el tejido sano de la herida hidratado, favoreciendo el desbridamiento. Los apósitos más utilizados son: húmedo-húmedo, gasa de xeroformo, lámina de piel porcina, lámina transparente, apósito hidrocoloide, hidrogel, alginatos, espumas y apósitos interactivos y bioactivos. También podemos encontrar vendas "inteligentes", fabricadas en algodón son absorbentes y permeables al aire. Están diseñadas ayudar en el desbridamiento absorbiendo selectivamente la elastasa y destruyendo las bacterias. Se usan en heridas crónicas que no responden a los tratamiento convencionales.
- Fármacos hidrofílicos: este tipo de fármacos se utilizan para eliminar los contaminantes y el exceso de exudados. Por ejemplo, gránulos de dextrano y láminas de polímeros.
- Hidroterapia: la hidroterapia utiliza el agua para limpiar mecánicamente las heridas.
- Irrigación de la herida con fármacos antisépticos: producen un efecto local desprendiendo y eliminando las bacterias.
- Vitamina A: la administración tópica de vitamina A invierte los efectos adversos de los asteroides en el proceso de cicatrización. Es importante tener en cuenta que no deben administrarse mas de 10 días.
- Drenajes: utilizados cuando se produce mucho exceso de líquidos o secreciones purulentas.
- Desbridamieno quirúrgico: utilizado cuando hay gran cantidad de tejido necrótico o cuerpos extraños adheridos a la herida.
- Injerto cutáneo: proporciona un recubrimiento de la herida cuando es necesario.
- Colgajo tisular: en el caso de falta de tejidos, el colgajo tisular consigue que la herida se cierre con su propia irrigación sanguínea.
- Factores de crecimiento epidérmico: utilizados en quemaduras, heridas crónicas, úlceras corneales, extravasación de agentes citostáticos o insuficiencia circulatoria.
- Colágeno: evita la formación de tejido fibroso, el sangrado e induce la cica-

trización. Indicado principalmente en heridas que cicatrizan por segunda intención.
- Ozono: empleado en heridas contaminadas y crónicas por sus efecto bactericida y cicatrizante.
- Éter polivinilbutílico: además de tener efectos cicatrizantes sobre la piel y las mucosas, actúa como anestésico local.
- Terapia de presión negativa: se basa en la acción del vacío sobre la herida para favorecer su cierre. Su funcionamiento es sencillo, primero se rellena la lesión con una esponja estéril y se cubre con un apósito impermeable. Después se conecta a una bomba de vacío computerizada que se regula según la pauta prescrita por el facultativo.
- Cura en ambiente húmedo: mantiene la herida aislada del aire atmosférico y húmeda por la retención del exudado. Impidiendo la exposición al aire libre se consigue reducir la desecación favoreciendo una correcta actividad enzimática.
- Tratamientos en investigación: utilización de células madre, terapia génica y péptidos de defensa.

## 5 Discusión-Conclusión

Actualmente el profesional sanitario tiene a su disposición múltiples tratamientos para las heridas traumáticas, que por sus características o complicaciones, no pueden cerrar por primera intención. Atendiendo a la situación de la herida en cada fase de la cicatrización, el sanitario debe valorar la idoneidad del tratamiento a aplicar. Del mismo modo, debe prestar atención a las infecciones que pueden surgir y retrasar el cierre de la herida.
Se sigue investigando en nuevos tratamientos que reducen el tiempo de cicatrización y las complicaciones asociadas a este tipo de heridas. La utilización de células madre, la terapia génica o los péptidos de defensa son ejemplos de futuros tratamientos con resultados muy prometedores.

## 6 Bibliografía

1. http://enfermeros.org/revista1.
Bazzano Carlos, Álvarez Mariela, Martínez Miguel. Apósitos hidrocoloidales en la cicatrización por segunda intención de heridas quirúrgicas. Rev. Méd. Urug. [Internet]. 2008 Mar [citado 2021 Abr 27]; 24(1): 32-36. Disponible en: http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1688-03902008000100005&lng=es.

2. González Tuero Jaime Humberto. Medicamentos no tradicionales en el tratamiento de pacientes con heridas que curan por segunda intención. MEDISAN [Internet]. 2014 Nov [citado 2021 Abr 27] ; 18( 11 ):
1603-1610. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192014001100016&lng=es.
3. Cristina Ramiro Bolaños. Cicatrización por segunda intención mediante cura húmeda de un sinus pilonidal intervenido quirúrgicamente. vol 3, n1 – abr 2009 ene – revista de enfermería. http://enfermeros.org/revista.
4. Guinot-Bachero J. et al. Herida compleja y cierre por segunda intención. ¿La terapia de presión negativa es buena opción? Enferm Dermatol. 2017; 11(32).
5. V. Lucha Fernández, V. Muñoz Mañez y B. Fornes Pujalte. Enfermeros Servicio de Dermatología-CHGUV. M. Garcia Garcerá. Biologo Servicio de DermatologíaCHGUV. (Consorcio Hospital General Universitario de Valencia). ENFERMERÍA dermatológica nº 03 • enero-febrero-marzo 2008.
6. Rodríguez R, González JH. Métodos alternativos para el tratamiento de pacientes con heridas infectadas. MEDISAN. 2011; 15(4): 503-14.
7. García González R. Fernando, Gago Fornell Manuel, Chumilla López
Sol, Gaztelu Valdés Victoriana. Abordaje de enfermería en heridas de urgencias. Gerokomos [Internet]. 2013 Sep [citado 2021 Mayo 18]; 24(3):
132-138. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-928X2013000300007&lng=es. https://dx.doi.org/10.4321/S1134-928X2013000300007.
8. Pamela L. Swearingen, Dennis G. Ross. Manual de enfermería médicoquirurgica. Intervenciones enfermeras y tratamientos interdisciplinarios. Cuarta edición. Harcourt-Mosby

## Capítulo 44

# INSERCIÓN, MANTENIMIENTO Y MANEJO DEL CATÉTER VENOSO CENTRAL. CUIDADOS DE ENFERMERÍA COMO PARTE DEL EQUIPO MULTIDISCIPLINAR

ANDREA PALOMARES MUELA

LUZ MARÍA CARREÑO TÉBAR

DANIEL ORDÓÑEZ ZAMORANO

MARÍA DE LA CRUZ RODRÍGUEZ

ALBERTO ORDOÑEZ ZAMORANO

## 1 Introducción

El catéter venoso central o CVC es la inserción de un catéter cuya parte distal se encuentra situada en el inferior de la tercera porción de la vena cava superior o en la entrada a la aurícula derecha . Existen tres tipos de catéteres; el catéter tipo Hickman, el catéter de acceso subcutáneo implantado, conocido como reservorio y el catéter de acceso vascular central de inserción periférica (PICC).
La elección de uno u otro y del sitio anatómico, dependerá de la experiencia y habilidad del equipo sanitario, la duración que se estima de su aplicación y los factores anatómicos y personales de cada paciente.

El CVC es empleado para la administración de forma continúa de medicamentos y medicamentos especiales, como citostáticos, la infusión de líquidos, sangre o hemoderivados, medición de la presión venosa central (PVC) para llevar un control hemodinámico, la administración de nutrición parenteral y/o la obtención de muestras sanguíneas para su posterior análisis.
Su utilización es imprescindible para la atención de las necesidades asistenciales requeridas por el paciente y en la práctica de la Enfermería actual. Al ser insertado en un vaso de un alto calibre, nos permite una eficaz dilución del líquido a infundir. Sin embargo, la bacteriemia que se asocia al CVC, incrementa la morbilidad, la mortalidad e incluso, la estación hospitalaria y el gasto sanitario

## 2 Objetivos

Objetivo principal:
- Conocer qué es el catéter venoso central o CVC.

Objetivos secundarios:
- Comprender cómo aparecen las posibles complicaciones.
- Aprender los distintos cuidados de enfermería.

## 3 Metodología

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

## 4 Resultados

El catéter Hickamn es implantado durante un proceso medico-quirúrgico en la vena subclavia o yugular. Está diferenciado por tener una salida subcutánea y, por tanto, siendo visible sobre la piel a través del punto de inserción. Poseen de dos a tres luces.
Podemos encontrarlos no tunelizados, para pacientes críticos o que van a necesitarlo durante poco tiempo, o tunelizados para los pacientes que van a necesitar el acceso venoso central durante un largo periodo (1-5).

El catéter de acceso subcutáneo implantado o reservorio también necesita un proceso medico- quirúrgico para insertarlo en vena subclavia. El reservorio queda en el plano muscular y para puncionarlo, se requiere de una aguja de tipo Gripper o Huber. Un uso de una aguja normal puede provocar daños en la membrana de silicona.

El catéter de inserción periférica o PICC es insertado por el personal de enfermería entrenado para ello. Normalmente, el extremo distal o endovenoso se coloca en la vena cava superior a través de la vena basílica antecubital. Tienen varias luces. Se utiliza para pacientes en los que el tratamiento intravenoso sea mayor de 12 meses.

Las complicaciones más comunes asociadas a la inserción de un CVC:

- La extravasación o salida del líquido a infundir desde la vena hacia el tejido subcutáneo.
- La bacteriemia asociada al catéter venoso central, la cual aumenta su deterioro. Este puede contaminarse por la migración de los microorganismos presentes en la piel a la punta endovenosa del mismo, por la contaminación directa del catéter o por la contaminación por otro foco existente de infección.
- La oclusión intraluminal, es decir, la formación de un trombo en la punta endovenosa o distal del catéter.
- Rotura del CVC.
- Embolia.
- Sangrado y/o laceración .

Es importante la implantación de un buen manejo de medidas para la inserción, mantenimiento y manejo del catéter venoso central, como el lavado de manos antes y después de la inserción, el uso de clorhexidina al 2% o antisépticos, la aplicación de barreras de protección (guantes y bata estériles, gorro y mascarilla), evitar el acceso femoral en su inserción, la preparación de la piel del paciente, uso de apósito transparentes semipermeables para cubrirlo y retirada del catéter central cuando ya no sea necesario.

Estas medidas reducen y previenen de las posibles infecciones. También, es fundamental hacer hincapié en el entrenamiento del personal de enfermería a la hora del manejo de estas medidas, ya que un adecuado entrenamiento disminuye las complicaciones y riesgos asociados. La adquisición de dicha formación debe basarse en los protocolos ya estandarizados

## 5 Discusión-Conclusión

El catéter venoso central es empleado para la administración de forma continúa de medicamentos, infusión de sangre o líquidos entre otros. Existen numerosas complicaciones asociadas al procesión de inserción del catéter, como embolia, sangrado, extravasación…
Una correcta información, formación y manejo del uso del catéter venoso central por parte del personal sanitario, reduce significativamente las infecciones asociadas al mismo. Es por ello, que debe promocionarse su conocimiento y manejo por parte de enfermería, haciendo cursos o talleres para un aprendizaje mejor. Un buen conocimiento de la técnica y del cuidado por parte del personal, ayudará a que desarrolle su labor de manera eficaz y sobre todo, contribuirá a la mejora del paciente.

## 6 Bibliografía

1. Gabriel J. Vascular device occlusion: causes, prevention, and management. Nurs Stand 2011; 25(44):49-55.
2. Boersma RS, Jie K-G, Verbon A, van Pampus ECM, Schouten HC. Thrombotic and infectious complications of central venous catheters in patients with hematological malignancies. Ann Oncol. 2008 March 01; 19(3):433-442.
3. Brenner F. P, Bugedo T. G, Calleja R. D, Del Valle M. G, Fica C. A, Gómez O. ME, et al. Prevención de infecciones asociadas a catéteres vasculares centrales. REVINF. 2003;20(1):51- 69.
4. Ramritu P, Halton K, Cook D, Whitby M, Graves N. Catheter-related bloodstream infections in intensive care units: a systematic review with meta-analysis. J Adv Nurs. 2008 04; 62(1):3-21.
5. Ana Ma A.N, Esther F.F, Ángeles G.F, Eulalia G.G, Teresa V.G, Ana Ma L.L, Sagrario P.F, Carmen V.F. Catéteres venosos centrales guía para enfermería [Monografía en internet]*. Principado de Asturias: SESPA: 2011 [acceso en 30 mayo de 2021]. Disponible en: http://www.asturias.es.
6. Polderman K H,Girbes A R J. Central venous catheter use. Part I: Mechanical complications. Intensive Care Med. 2002; 28: 1-17.
7. Centers for Disease Control and Prevention. Guidelines for the prevention of intravascular catheter-related infection. MMWR. 2002; 51 RR-10: 1-36.

## Capítulo 45

# CUIDADOS GENERALES DE ENFERMERÍA AL PACIENTE TRAQUEOSTOMIZADO

SARA GARCÍA FELIPE

## 1 Introducción

La tráquea es un tubo fibrocartilaginoso que conecta la laringe con los bronquios, cuyo tamaño oscila entre 10-14cm de longitud. Posee entre 14 y 22 anillos y será entre el primer y segundo de estos anillos donde se realiza la incisión del estoma, denominado ”traqueostomía”.

La traqueostomía se trata de un procedimiento que consiste en comunicar la pared anterior de la tráquea con el exterior, por debajo de las cuerdas vocales, mediante un orificio (el traqueostoma), a través del cual se coloca una cánula que permite el paso del aire.

Este procedimiento es muy habitual en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI), en pacientes que requieren ventilación mecánica prolongada o con compromiso de la permeabilidad de la vía aérea, debido a que confiere mayor comodidad y tolerancia en el paciente, mayor seguridad de la vía aérea, reduce los espacios muertos y la resistencias al flujo aéreo, así como otras complicaciones si lo comparamos con la intubación orotraqueal.

Existen 2 tipos de traqueostomías:
- Traqueostomía percutánea: es menos invasiva y puede realizarse fuera del quirófano. Se realiza una apertura mediante una incisión de 2cm aproximadamente,

que se agranda mediante un dilatador hasta alcanzar el tamaño necesario para la cánula seleccionada.
- Traqueostomía quirúrgica: es la tradicional, la apertura se realiza en quirófano y tras colocar la cánula se sutura la herida.

INDICACIONES: la traqueostomía está indicada principalmente en:
- Obstrucción mecánica: tumores, cuerpos extraños que impiden la intubación, secreciones, parálisis o traumatismos laríngeos, malformaciones congénitas, infecciones y quemaduras de la vía aérea superior, entre otras.
- Enfermedades pulmonares: neuropatías, enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), enfisema o edema agudo de pulmón.
Enfermedades del Sistema Nervioso Central (SNC): accidente cerebrovascular (ACV), coma o craneotomía.
- Profiláctica: cirugía radical de cuello, cánceres mandibulares o de boca o resecciones pulmonares.
- Enfermedades neuromusculares: poliomielitis, tétanos, miastenia gravis, síndrome de Guillain Barré y polineuritis.
- Depresión del centro respiratorio: traumatismo craneoencefálico (TCE) o intoxicaciones por sustancias depresoras del SNC.
- Traumatismos torácicos.
- Uso de ventilación mecánica prolongada.

CONTRAINDICACIONES: el uso de la traqueotomía está contraindicado en alteraciones de la coagulación, cirugía cervical previa, tumores cervicales, traumatismo cervical severo, infección local o imposibilidad de palpar puntos anatómicos.

COMPLICACIONES: Las complicaciones derivadas de la traqueostomía van desde la decanulación, infección del estoma o disfagia hasta neumotórax, daño del esófago, neumonía, traqueomalacia o estenosis laringotraqueal entre otras, siendo la complicación más frecuente el sangrado postprocedimiento (5%).

## 2 Objetivos

El objetivo del presente capítulo es conocer los cuidados generales de enfermería que deben ofrecerse ante el paciente con traqueostomía.

## 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: ”traqueostomía”, ”cuidados de enfermería” y ”paciente traqueostomizado”.

Los artículos se identificaron mediante búsquedas electrónicas en bases de datos bibliográficas como Pubmed, CUIDEN, 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 testo completo para su selección.

## 4 Resultados

Los cuidados de enfermería ante un paciente traqueostomizado deben tener un enfoque holístico y deberán ser individuales y específicos para cada persona. Dependerán de si el paciente se encuentra consciente o sedado. En caso de estar consciente, deberemos informar de los cambios tanto físicos como funcionales que conlleva la traqueostomía. Si además presenta incapacidad para hablar deberemos proporcionar alternativas para poder comunicarnos con él como pizarras o posters, siempre creando un ambiente tranquilo y tratando de resolver sus dudas. Por otro lado, se deben vigilar los diferentes signos hemodinámicos del paciente y parámetros del respirador.

Los principales cuidados al paciente traqueostomizado dirigidos al mantenimiento óptimo de la traqueostomía y orientados a evitar las posibles complicaciones son:
1. Aspiración de secreciones: debido a que la tos (forma más efectiva de mover secreciones) se encuentra alterada en estos pacientes, la permeabilidad de la vía aérea puede verse comprometida mediante la obstrucción por mocos. La técnica debe realizarse de forma estéril, introduciendo la sonda de aspiración sin aspirar hasta notar resistencia y en este punto se comenzará la aspiración, retirando la sonda de forma lenta, progresiva y con movimientos circulares para evitar el trauma por aspiración de los tejidos. El proceso dura entre 5 y 10 segundos y no debe repetirse más de dos veces, siendo recomendable realizarlo una vez por turno o ante situaciones tales como: roncus de tráquea y tórax, deterioro de la oxigenación, incremento del trabajo respiratorio o secreciones visibles en el tubo

traqueal.

2. Humidificación: en condiciones normales, el aire inspirado por las fosas nasales se humidifica y calienta conforme avanza por la vía aérea. La traqueotomía hace que el aire llegue directamente a los bronquiolos respiratorios, los cuales no están capacitados para realizar dichas funciones, este aire seco contribuye a la deshidratación del epitelio, aumento de la densidad del moco e incapacidad para arrastrar secreciones, lo que favorece la retención de secreciones y aspiración de atelectasias, incrementando la resistencia de la vía aérea.
Por ello, los pacientes traqueostomizados precisarán de humedad permanente mediante humidificadores externos, éstos son dispositivos que añaden moléculas de agua al aire.

3. Control de presión del pneumo: el balón endrotraqueal debe permanecer inflado durante las primeras 24h, si hay riesgo de aspiración y mientras el paciente esté con ventilación mecánica. La presión debe revisarse una vez por turno y debe oscilar entre los 20-25mmHg, si se encuentra por encima de 25mmHg existe riesgo de isquemia y estenosis de la mucosa traqueal, y si se encuentra por debajo de 20mmHg existe riesgo de broncoaspiración.

4. Mantenimiento de la integridad de la piel: una situación que se da con frecuencia es la infección de la herida del traqueostoma debido a la pérdida de los mecanismos de defensa de las vías respiratorias. Las curas deben ser de forma aséptica y realizarse cada vez que se observe la herida sucia por secreciones o exudados, o al menos dos veces al día, así como cambiar la cinta de fijación. La piel del estoma deberá permanecer limpia y seca.
Habrá que valorar signos de infección como fiebre, dolor, calor, olor y color de las secreciones, etc.

5. Cambio de cánula: es aconsejable que el primer cambio se realice después de 7-14 días. Se realiza de forma estéril, limpiando el estoma de dentro hacia fuera y después con el cuello hiperextendido introducir la cánula nueva de forma suave pero firme, rotándola hacia abajo. Los cambios de cánula dependen de los fabricantes.

## 5 Discusión-Conclusión

La técnica de traqueostomía está indicada para mantener o proporcionar ventilación mecánica prolongada, ante una posible obstrucción de las vías aéreas altas,

existencia de problemas crónicos en la deglución y control de secreciones o por una enfermedad que requiera de su utilización (tumores en garganta, boca, etc). Los cuidados de la traqueostomía impactan en el desenlace de los pacientes, es por ello que, los cuidados de enfermería son fundamentales para evitar complicaciones, con un enfoque holístico, teniendo en cuenta el impacto psicológico para las personas (pues en alunas ocasiones el paciente se encontrará consciente y tendrá dificultades para la comunicación). Además, requerirá de técnicas para mantener la permeabilidad de la vía aérea y prevenir complicaciones.

## 6 Bibliografía

1. García Miranda AM, Segura Sánchez MP, Águila Cano E. Cuidados de enfermería en adultos con traqueostomías. En: Núñez Pérez JC, Molero Jurado MM, Gázquez Linares JJ, Pérez Fuentes MC, Simón Márquez MM, Martos Martínez A et al, editors. Atención a las necesidades comunitarias para la salud. SCINFOPER; 2017. p.17-22
2. Peláez Palacios MS, Fermoso Palmero MJ. Investigación bibliográfica sobre cuidados de enfermería y seguridad en el paciente con traqueostomía. Rev. Soc. Otorrinolaringol. Castilla Leon Cantab La Rioja. 2014 Abr; 5(7): 55-65
3. López Andrés E, Gómez Castro J. Cuidados enfermeros en el paciente traqueostomizado. Universidad de Valladolid. Soria; 2015 Jun.
4. Aranzabal Lasagabaster A, Coll Viciosa E, González Peñagariko MA. Cuidados de la traqueostomía. En: Grupo de Trabajo de Enfermería de la SEHAD, editors. Guía del cuidador. 2013. p. 43-45
5. Che Moralez JL, Díaz Lancero P, Cortés Tellés A. Manejo integral del paciente con traqueostomía. Neumol Cir Torax. 2014 Oct-Dic; 73(4): 254-262.
6. Hernández C, Bereget JP, Hernández M. Traqueostomía: principios y técnica quirúrgica. Cuad. Cir. 2007; 21. p.92-98

## Capítulo 46

# ENFERMERIA : LA VACUNA DE LA GRIPE

LUCÍA DIAZ GONZALEZ GARCIA ROMERAL

JESSICA VICTORIA CAMPO ISIDORO

ANDREA ESTHER GARCÍA CAÑADILLA

ROXANA MARIBEL GUILLÉN MORENO

PATRICIA PLAZA GÓMEZ

## 1 Introducción

La gripe es una infección vírica que afecta sobre todo a la nariz, garganta, bronquios y alguna vez a los pulmones. Normalmente tiene una duración de una semana y sus síntomas son:
- Subida alta de temperatura.
- Malestar general.
- Dolores musculares.
- Cefalea.
- Rinitis.
- Tos seca.
- Dolor de garganta.

Algunas personas también pueden tener vómitos o diarrea, pero son síntomas más comunes en niños. Se suele transmitir con mucha facilidad de unas per-

sonas a otras a través de pequeñas partículas que expulsamos con la tos y los estornudos.
Suele propagarse muy rápido en forma de epidemias estacionales.
La mayoría de las personas afectadas suelen recuperarse en 1 o dos semanas sin necesidad de recibir tratamiento médico, pero en niños pequeños, mujeres embarazadas, personas de edad avanzada o pacientes con otras patologías médicas graves, la infección puede llevar complicaciones más graves como neumonías, infección de oído, bronquitis, sinusitis o incluso causar la muerte.
Las personas con casos leves de gripe deben de quedarse en casa y sin tener contacto con más personas. La mejor manera de prevenir la gripe es con la vacunación anual, pero también con diferentes hábitos como el lavado de manos frecuente, el estornudar o toser hacia tu codo así previenes la propagación del virus.

## 2 Objetivos

OBJETIVOS PRINCIPALES :
- Expresar e indicar la prevencion de la poblacion gracias a la vacuna y su funciones , por parte de enfermeria

## 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

Se recomienda la vacunación de la gripe sobre todo a personas:
- Mayores de 60 años.
- Menores de 60 años con un alto riesgo de complicaciones como menores de 6 meses, adultos con enfermedad renal, diabetes mellitus, enfermedad hepática, cáncer, enfermedades inflamatorias crónicas, embarazadas.
- Personas que puedan trasmitir la gripe a aquellas que tienen un alto riesgo.
- Personal sanitario, policía, protección civil, bomberos.

Si te vacunas te proteges a ti y a los que tienes alrededor. La vacuna de la gripe está compuesta con virus muertos, por eso no te causan gripe cuando te vacunas, solamente puede aparecer un ligero dolor en la zona del pinchazo o un poco de fiebre. La posibilidad de que exista una reacción grave es muy baja, mucho más baja que contraer la enfermedad.
Actualmente se dispone de vacunas muy seguras y efectivas como las trivalentes o las ayudabas y ahora se han desarrollado las tetravalentes que permiten aumentar la protección sin modificar el perfil de seguridad.
La efectividad de la vacuna puede variar dependiendo a la persona que se le administra, existen dos factores que juegan un papel importante a la hora de ver la protección de la vacuna:
- Características de la persona que se le administra la vacuna (edad, estado de salud).
- Similitud o combinación de los virus que se incluyen en la vacuna y los que diseminan en la comunidad.

Los años en que no coincidan los virus de la vacuna con lo de circulación hablamos de que la vacuna no ofrece pocos beneficios o ninguno. Todos los años se realizan estudios sobre la efectividad de la gripe y van variando de unos a otros, pero los resultados de los estudios recientes demuestran que reducen en un 40%, 60% en la población en general.

## 5 Discusión-Conclusión

Tradicionalmente, las cifras de vacunación contra la gripe entre sanitarios han sido mucho más bajas de lo deseable, según reflejan los datos oficiales. En los últimos años estas han ido ascendiendo desde apenas el 25% de cobertura en la temporada 2010/2011 hasta +/- el 50% en la pasada campaña, pero aún dista mucho del objetivo de la OMS y de la UE establecido en un 75% por lo que evidencian una necesidad de estrategias como pueden ser:

Implementar campañas de información y formación sobre la gripe, sus complicaciones y la efectividad y seguridad vacunal. Impartir formación reglada y cíclica a los trabajadores sanitarios sobre la gripe y la importancia de vacunarse durante la campaña, estrategia especialmente importante en las unidades hospitalarias con pacientes de muy alto riesgo.
Garantizar un fácil acceso a la vacunación: vacunar a los profesionales sanitarios en el propio centro laboral, como un aspecto más de la seguridad y salud en el trabajo; programar la vacunación durante varios días en una misma unidad, con

un buen sistema de comunicación y citación.
Facilitar a los profesionales sanitarios el acceso a la información para cualquier tipo de consulta o de duda.

## 6 Bibliografía

1. https://www.saludcastillayleon.es/es/vacunaciones/vacunacion-frente-gripeneumococo-2020-2021/personas-deben-vacunarse-gripe.
2. https://www.efesalud.com/vacuna-gripe-objetivo-aumentar-coberturas/.
3. https://espanol.cdc.gov/flu/vaccines-work/vaccineeffect.htm.
4. https://medlineplus.gov/spanish/flu.htmlliografía

## Capítulo 47

# ENFERMERIA : AUTISMO Y PSICOSIS. INCÓGNITAS EN EL DIAGNÓSTICO EN PSIQUIATRÍA

LUCÍA DIAZ GONZALEZ GARCIA ROMERAL

JESSICA VICTORIA CAMPO ISIDORO

ANDREA ESTHER GARCÍA CAÑADILLA

ROXANA MARIBEL GUILLÉN MORENO

PATRICIA PLAZA GÓMEZ

## 1 Introducción

Mediante la presentación de un caso clínico de un paciente diagnosticado de TEA en el que aparecen síntomas psicóticos, abordaremos la complejidad del diagnóstico y manejo de las psicosis que aparecen en este grupo de pacientes en la práctica clínica.

Leo Kanner acuñó por primera vez el término autismo en 1943, para referirse a un grupo de niños con déficits en las áreas de comunicación, interacción social e imaginación. En aquella época se consideraba que este tipo de trastornos infantiles constituían un tipo de psicosis, incluso se intercambiaban los términos de forma indistinta. Bleuler (1950) sostenía que el autismo era uno de los síntomas fundamentales de la esquizofrenia, mientras que otros autores lo consideraban la forma de aparición del trastorno esquizofrénico en la infancia.

Si bien psicosis y autismo son conceptualizadas en la actualidad como dos entidades separadas y distintas, no dejan de existir contradicciones e incógnitas en la práctica, que llevan al clínico a cuestionarse qué relación existe entre ambas.
En la primera edición de la DSM (1952), el "autismo" se clasificó dentro del grupo de psicosis infantiles. En la década de 1970, Rutter y Kolvin sugirieron que constituyen dos trastornos diferentes. La separación nosológica parecía justificada, dadas las diferencias observadas en cuanto a la edad y forma de presentación, y de acuerdo con esta idea, en la DSM-3 (1974), el autismo fue categorizado como un trastorno independiente. En ediciones posteriores, se incluyeron varias categorías que han sido eliminadas en la DSM-5 estableciendo las bases del diagnóstico dimensional y creando el "Trastorno del Espectro Autista".
A pesar de la relación percibida entre autismo y psicosis, la CIE-10 (1992) excluye la posibilidad de un diagnóstico de síndrome de Asperger y esquizofrenia infantil comórbidos. Paradójicamente, la consecuencia directa de la polarización de ambos diagnósticos fue una mayor confusión entre ellos. Y no es de extrañar, ya que ambos comparten presentación clínica similar, aunque por otra parte, no exenta de diferencias.
La aparente relación a nivel clínico no implica necesariamente una asociación causal, como ya describen algunos trabajos. Por ejemplo, el pensamiento idiosincrásico del TEA puede ser fácilmente confundible con ideación de carácter delirante. Sin embargo, los delirios no siguen el razonamiento lógico, mientras en el
TEA se intuye cierto razonamiento lógico en el proceso del pensamiento.
En un intento de dar respuesta al problema, se han propuesto algunos modelos que tratan de facilitar el diagnóstico de los trastornos psicóticos, cuando parecen surgir en el contexto de un trastorno del espectro autista. Ya en 1986 se desarrolló el concepto de MCCD (Multiple Complex Developmental Disorder), como crítica a la descripción categorial "simplista" del autismo descrita por la DSM-3.
La propuesta de los Trastornos autismo-plus considera la existencia de un subgrupo de individuos con trastorno complejo del neurodesarrollo (MCCD) que presentarían síntomas encuadrados dentro de múltiples dominios de funcionamiento (déficits en la cognición social, juicio de realidad, afectividad y procesos del pensamiento), y que no terminan de encajar en las categorías diagnósticas actuales. Este modelo propone que cuando un individuo diagnosticado de TEA presenta clínica de orden psicótico, pueden plantearse tres constructos diagnósticos, con base en las diferencias en la presentación clínica:
- Síntomas nucleares del TEA que pueden confundirse con psicosis (tabla 1).
- Esquizofrenia comórbida (infrecuente).

- Trastorno complejo del neurodesarrollo (MCDD/MDI): Estos pacientes presentan episodios breves de síntomas psicóticos, asocian labilidad emocional extrema, ansiedad, pensamiento ilógico y mágico con frecuencia, y dificultad de base para distinguir la realidad de la fantasía.

Mediante la discusión del presente caso, intentaremos reflexionar sobre las dificultades de manejo en la práctica que presentan estos individuos que "no encajan" en las categorías nosológicas actuales, y que, de alguna manera, parecen cruzar los límites diagnósticos de los trastornos afectivos, de ansiedad, TEA, y las psicosis.

## 2 Objetivos

Objetivo principal:

- Analizar la posible asociación entre autismo y psicosis y las dificultades diagnósticas en este grupo de pacientes por enfermeria

## 3 Caso clínico

Presentamos el caso de Pablo, de 21 años de edad, que ingresa con carácter involuntario urgente en la Unidad de Hospitalización de Psiquiatría por presentar un segundo episodio psicótico. Describimos a continuación sus antecedentes y evolución longitudinal hasta llegar al presente episodio.

Pablo es el mayor de dos hermanos, tiene un hermano sano de 17 años. Sus padres están separados desde que ellos eran pequeños, pero tienen buena relación.

Pertenece a una familia de buen nivel socioeconómico, ambos padres son ingenieros. Como antecedentes médicos somáticos, padece dermatitis atópica, asma alérgico y múltiples alergias alimentarias. Como antecedentes psiquiátricos familiares destacables, una hermana del abuelo materno padeció esquizofrenia.

Contactó con los servicios de Salud Mental por primera vez a los 11 años, por objetivar sus padres y profesores una tendencia mantenida al aislamiento social. Su madre cuenta que ya desde los primeros meses observó ciertas anormalidades: era un bebé "rígido", con mala adpatación al cuerpo materno y mirada perdida. Anduvo a los 13 meses, con cierta torpeza motora. Comenzó a usar el lenguaje a los 24 meses, y controló esfínteres a los 36 meses. En el ámbito escolar, ya en la guardería y cursos de preescolar los profesores observaban que tendía a jugar solo y no se relacionaba con sus iguales.

En el primer contacto con Salud Mental, los padres describen a Pablo como un niño con un "carácter maniático" y escrupuloso, que rechaza el contacto físico y

los besos desde pequeño. Relatan también otras manías como no querer cortarse las uñas, o tener que empezar de nuevo una tarea desde el principio si percibe que no le está saliendo bien. Le molestan la ropa estrecha o los ruidos, y no soporta que invadan su espacio físico. Presenta dificultades para expresar sentimientos, y no entiende el doble sentido de las frases.

En el colegio, su progreso académico es adecuado en general, no destaca en ninguna asignatura especialmente, aunque presenta una insólita habilidad para el cálculo, objetivada por una profesora de matemáticas. Ocupa su tiempo libre en jugar al ordenador o navegar por internet, casi exclusivamente.

Desde la unidad de salud mental comunitaria, fue derivado a la Unidad de Salud Mental Infantil, donde se diagnostica de Trastorno del Espectro Autista a la edad de 11 años. Allí lo describen inicialmente como un niño casi mutista, con gran latencia de respuesta, y que tiende a evitar el contacto visual. Durante su seguimiento en esta unidad, destacaron la persistencia de su deseo de aislamiento y la rigidez mental.

A la edad de 18 años, presentó un primer episodio de psicosis, que precisó ingreso hospitalario. Los padres describían cuadro clínico de cuatro días de evolución, con verborrea, insomnio, conductas más bizarras de lo habitual, y discurso delirante escasamente estructurado, en el que se vislumbraban ideas de contenido mesiánico y metafísico. Verbalizaba también ideas paranoides y autorreferenciales acerca de una sociedad supercontroladora que pretendía experimentar con su cuerpo.

Sospechaba de las intenciones de su padre hacia él, llegando a esconder un cuchillo para, eventualmente, poder defenderse. Se tapaba las orejas, se agachaba en cuclillas en el suelo y pedía que apagaran la luz. Pablo reconocía haber estado diferente todo el mes previo al ingreso, "con lluvia de ideas". Fue el mismo quien pidió que lo llevaran a urgencias, porque de repente sintió "un vacío enorme, se me congeló el corazón". Y fue entonces cuando pidió que lo levaran al hospital.

En este ingreso recibió tratamiento con risperidona 2mg.

Tras lograr la remisión del episodio, Pablo continuó en seguimiento por consultas generales de Salud Mental. El nivel de funcionamiento social quedó deteriorado respecto al basal tras el ingreso. Ocasionalmente verbalizaba ideas extrañas, sin existir una clara estructuración delirante o deterioro en el funcionamiento. Se mantuvo el tratamiento con paliperidona a dosis bajas.

En enero de 2020, ingresa de nuevo por exacerbación de la clínica psicótica. En esta ocasión dice venir "obligado" porque su familia "dice que está loco". Tras mostrarse reservado inicialmente en consulta, empieza a desplegar una serie de contenidos delirantes, principalmente de tipo metafísico y filosófico, con compo-

nente megalomaníaco y autorreferencial.
Pablo, que siempre había estado interesado en la física cuántica, está pensando más en este tema desde hace unas semanas, nos cuenta que su pensamiento está más productivo y ha llegado a impedirle el sueño. Ha tenido una "revelación", se ha dado cuenta de que él constituye uno de los dos polos del eje del mundo (alfa) y tiene un alma gemela, Omega, que es una mujer y constituye el otro polo del eje.
Explica que el espacio y el tiempo "no existen", solo lo hacen en tanto que son "ideas". Hay dos tipos de ideas: tipo 0 y tipo 1: Las de tipo 0 son "vacías", y el tiempo es una vía por medio de la cual pasan del "no ser" al "ser". Estas ideas vacías se convierten así en ideas "fantasiosas". Él es una especie de semidios, y tiene una misión que es salvar el universo. Él habría conseguido salir de la caverna en la que los demás estamos encadenados (como ocurría en el mito de la caverna de Platón), pero existe una "contrafuerza cósmica que ha mandado a alguien a volver a encadenarlo".
Manifiesta su convicción de que todo lo que el resto de seres vemos y vivimos no son más que ideas "virtuales que emanan de él". Hace referencia a la complejidad de la realidad mediante términos matemáticos "es como una gráfica hiperbólica que tiende al infinito". Conoce en el mundo material a Omega a través de Internet (ve vídeos suyos en Youtube). Aunque físicamente este es un hombre, en el mundo de las ideas es una mujer. Ha descubierto que Omega es creador de un videojuego en el que él es el protagonista. Pablo cuenta que tiene una conexión con él, y que Omega puede leer su pensamiento.
La intensidad y convicción con la que Pablo mantenía estas ideas había crecido durante las últimas semanas, hasta el punto de llegar a insinuar que nada (ni siquiera su madre) podría interponerse en el cumplimiento de su misión. Pablo estaba dispuesto a ir en busca de Omega, su alma gemela, que según expresaba con seguridad, se encontraba en otro continente.
Podemos resumir la evolución clínica de Pablo en una imagen, que pone de manifiesto un empeoramiento funcional con cada episodio psicótico (ver imagen).
Pablo ha recibido tratamiento al menos desde 2009 con los antipsicóticos orales Risperidona, Paliperidona y Aripiprazol. Suele ser reticente a aceptar Risperidona, ya que cuando lo toma "se bloquea" y además presenta con facilidad efectos secundarios sedativos, su funcionamiento general empeora y tiende aún más al retraimiento social. La risperidona, no obstante, parece incidir sobre los síntomas psicóticos cuando se instaura. En el momento del presente ingreso, se encontraba en tratamiento ambulatorio con Aripiprazol. La tolerancia al fármaco es adecuada, pero a dosis de 25mg/día la clínica psicótica es florida. La madre

garantiza la adherencia del tratamiento.
A la exploración psicopatológica en el momento del presente ingreso, se encuentra consciente y orientado globalmente, en actitud distante pero colaboradora. No se objetivan déficits intelectivos groseros.
El discurso es idiosincrásico, "intelectualoide" y circunstancial. Presenta bloqueos del pensamiento en alguna ocasión, con cierta tendencia a la disgregación. Manifiesta sensación de omnipotencia, que parece congruente con el contenido del sistema delirante que expone: ideas de tipo mesiánico y metafísico, y componente megalomaníaco y autorreferencial importante. El discurso está plagado de interpretaciones y recuerdos delirantes. No presenta angustia psicótica.
A nivel afectivo, destacan cierto aplanamiento y disociación ideoafectiva (las ideas megalomaníacas no se acompañan de ánimo eufórico o expansivo). Leve irritabilidad. Insomnio global de semanas de evolución. La conciencia de trastorno es escasa.
La exploración física no mostraba alteraciones significativas, a excepción de un fenotipo peculiar, con nariz y orejas prominentes, y discreta macrocefalia. Pares craneales normales, sin alteraciones en la psicomotricidad o en la sensibilidad.
Se realizó analítica rutinaria al ingreso con bioquímica básica, hemograma y función hepática, con resultados dentro de la normalidad. Las pruebas complementarias de imagen realizadas no mostraron anomalías que justificaran la clínica.
La evolución clínica de Pablo planteaba dudas con respecto a los siguientes diagnósticos principalmente: Esquizofrenia y trastorno bipolar.
Pablo presentó un primer episodio de psicosis con clínica predominantemente paranoide e ideas de persecución con autorreferencialidad. No presentó alteraciones sensoperceptivas o de la propiedad del yo, pero sí una marcada tendencia a la angustia y a la desorganización del pensamiento y la conducta.
El nivel de funcionalidad social de Pablo se vio deteriorado en cierto grado respecto al nivel basal. Presentaba tras el alta hospitalaria mayores dificultades para la socialización, apatía y aislamiento social.
En el segundo episodio, descrito con mayor detalle en este trabajo, destacaba la ideación megalomaníaca, pero sin acompañarse ésta de un correlato conductual o un incremento en el nivel de actividad o energía. Sí presentaba, en cambio, disminución de las necesidades de sueño y aceleración del pensamiento. La madre de Pablo destacaba la tendencia de Pablo a compartir sus ideas de grandeza con cierta actitud de omnipotencia. No se objetivó labilidad afectiva, expansividad del
ánimo ni euforia, no cumpliendo este episodio criterios diagnósticos de episodio maníaco.

Finalmente, el cuadro clínico cumple criterios de esquizofrenia según la DSM-5. Ideas delirantes de al menos un mes de duración, acompañadas de lenguaje desorganizado, sin poder descartarse alucinaciones auditivas. Persiste también un deterioro de la funcionalidad durante más de 6 meses. DSM-5 incluye un especificador para diagnosticar esquizofrenia en trastornos del espectro autista (las ideas delirantes o alucinaciones deben mantenerse durante al menos un mes.
En el momento del ingreso hospitalario, Pablo realizaba tratamiento con Aripiprazol 25mg. Durante el ingreso, se decide cambio de antipsicótico. La madre de
Pablo describe dificultades para seguir supervisando la toma del fármaco, dado que Pablo ha expresado su intención de comenzar estudios universitarios y de independizarse a medio plazo. Por este motivo, se plantea el inicio de tratamiento antipsicótico inyectable de larga duración. Tanto el paciente como sus padres están de acuerdo con el cambio.
Se inicia Paliperidona LAI a dosis de 100mg cada 28 días. Durante el ingreso no se objetivan problemas relativos a la tolerabilidad del tratamiento, y se observa progresiva mejoría de la clínica psicótica, sin empeoramiento franco de síntomas negativos o sedación excesiva.
Tras el cambio a paliperidona inyectable, la clínica psicótica remitió parcialmente, y aunque persiste la ideación extravagante de temática filosófica y metafísica, sostiene estas ideas con menor grado de convicción, manteniéndolas en un segundo plano.
Hasta la fecha, no ha presentado problemas de tolerabilidad al tratamiento, y mantiene su seguimiento periódico en consultas de salud mental. Allí, manifiesta ocasionalmente cierta preocupación por sus relaciones afectivas, de manera que a pesar de su limitado funcionamiento social, parece anhelar la relación con sus iguales. Se han dirigido por tanto las intervenciones subsiguientes a fomentar el desarrollo de habilidades de socialización y ampliar el abanico de intereses de Pablo.

## 4 Discusión-Conclusión

Tal como se observa en el presente caso clínico, la realidad clínica objetivada en la práctica asistencial puede adquirir un aspecto heterogéneo que poco se ajusta a los criterios de las clasificaciones nosológicas vigentes en la actualidad. Con ello, resulta dificultoso, y en ocasiones casi imposible, realizar un diagnóstico que resulte apropiado y realmente ajustado a la presentación clínica de nuestros pacientes.

Basándonos en los conocimientos actuales aportados por la biología y la genética, podemos concluir que: La esquizofrenia y los TEA son trastornos de origen multifactorial cuya presentación varía en un continuo de gravedad y discapacidad. La necesidad de catalogar estos trastornos de alta heterogeneidad clínica entre las construcciones nosológicas actuales, lleva a cometer errores de clasificación en la práctica y resultados heterogéneos en la investigación.

## 5 Bibliografía

1. Alfageh, B. H., Wang, Z., Mongkhon, P., Besag, F. M. C., Alhawassi, T. M., Brauer, R., & Wong, I. C. K. (2019). Safety and Tolerability of Antipsychotic Medication in Individuals with Autism Spectrum Disorder: A Systematic Review and Meta-Analysis. Pediatric Drugs, 21(3), 153-167. https://doi.org/10.1007/s40272-
019-00333-x.
2. American Psychiatric Association. (2016). DSM-5: Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Editorial Médica Panamericana.
3. Chisholm, K., Lin, A., Abu-Akel, A., & Wood, S. J. (2015). The association between autism and schizophrenia spectrum disorders: A review of eight alternate models of co-occurrence. Neuroscience & Biobehavioral Reviews, 55, 173-183. https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2015.04.012
4. Cochran, D. M., Dvir, Y., & Frazier, J. A. (2013). "Autism-plus" Spectrum Disorders. Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America, 22(4), 609-627. https://doi.org/10.1016/j.chc.2013.04.005.
5. Craddock, N., & Owen, M. J. (2010). The Kraepelinian dichotomy – going, going … but still not gone. British Journal of Psychiatry, 196(2), 92-95. https://doi.org/10.1192/bjp.bp.109.073429.
6. De Crescenzo, F., Postorino, V., Siracusano, M., Riccioni, A., Armando, M., Curatolo, P., & Mazzone, L. (2019). Autistic Symptoms in Schizophrenia Spectrum Disorders: A Systematic Review and Meta-Analysis. Frontiers in Psychiatry, 10, 78. https://doi.org/10.3389/fpsyt.2019.00078.
7. De Giorgi, R., De Crescenzo, F., D'Alò, G. L., Rizzo Pesci, N., Di Franco, V., Sandini, C., & Armando, M. (2019). Prevalence of Non-Affective Psychoses in Individuals with Autism Spectrum Disorders: A Systematic Review. Journal of Clinical Medicine, 8(9), 1304. https://doi.org/10.3390/jcm8091304
8. Downs, J. M., Lechler, S., Dean, H., Sears, N., Patel, R., Shetty, H., Simonoff, E., Hotopf, M., Ford, T. J., Diaz-Caneja, C. M., Arango, C., MacCabe, J. H., Hayes, R.

D., & Pina-Camacho, L. (2017). The Association Between Comorbid Autism Spectrum Disorders and Antipsychotic Treatment Failure in Early-Onset Psychosis: A
Historical Cohort Study Using Electronic Health Records. The Journal of Clinical Psychiatry, 78(9), e1233-e1241. https://doi.org/10.4088/JCP.16m11422.
9. España, & Ministerio de Sanidad, C. y B. S. (2020). CIE-10-ES: Clasificación internacional de enfermedades, 10a revisión.
10. Eussen, M. L. J. M., de Bruin, E. I., Van Gool, A. R., Louwerse, A., van der Ende, J., Verheij, F., Verhulst, F. C., & Greaves-Lord, K. (2015). Formal thought disorder in autism spectrum disorder predicts future symptom severity, but not psychosis prodrome. European Child & Adolescent Psychiatry, 24(2), 163-172. https://doi.org/10.1007/s00787-014-0552-9.
11. Folstein, S., & Rutter, M. (1977). Infantile autism: A genetic study of 21 twin pairs. Journal of Child Psychology and Psychiatry, and Allied Disciplines, 18(4), 297-321. https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.1977.tb00443.x.
12. Gandal, M. J., Haney, J. R., Parikshak, N. N., Leppa, V., Ramaswami, G., Hartl, C., Schork, A. J., Appadurai, V., Buil, A., Werge, T. M., Liu, C., White, K. P., CommonMind Consortium, PsychENCODE Consortium, iPSYCH-BROAD Working Group, Horvath, S., & Geschwind, D. H. (2018). Shared molecular neuropathology across major psychiatric disorders parallels polygenic overlap. Science, 359(6376), 693-697. https://doi.org/10.1126/science.aad6469.
13. Howes, O. D., Rogdaki, M., Findon, J. L., Wichers, R. H., Charman, T., King, B. H., Loth, E., McAlonan, G. M., McCracken, J. T., Parr, J. R., Povey, C., Santosh, P., Wallace, S., Simonoff, E., & Murphy, D. G. (2018). Autism spectrum disorder: Consensus guidelines on assessment, treatment and research from the British Association for Psychopharmacology. Journal of Psychopharmacology, 32(1), 3-29. https://doi.org/10.1177/0269881117741766.
14. iPSYCH-Broad ASD Group, the IMAGEN consortium, Velthorst, E., Froudist-Walsh, S., Stahl, E., Ruderfer, D., Ivanov, I., Buxbaum, J., Banaschewski, T., Bokde, A. L. W., Dipl-Psych, U. B., Büchel, C., Quinlan, E. B., Desrivières, S., Flor, H., Frouin, V., Garavan, H., Gowland, P., Heinz, A., Ittermann, B., … Reichen29 berg, A. (2018). Genetic risk for schizophrenia and autism, social impairment and developmental pathways to psychosis. Translational Psychiatry, 8(1), 204. https://doi.org/10.1038/s41398-018-0229-0.
15. Kanner, L. (1968). Autistic disturbances of affective contact. Acta Paedopsychiatrica, 35(4), 100-136.
16. Kincaid, D. L., Doris, M., Shannon, C., & Mulholland, C. (2017). What is the

prevalence of autism spectrum disorder and ASD traits in psychosis? A systematic review. Psychiatry Research, 250, 99-105. https://doi.org/10.1016/j.psychres.2017.01.017.
17. Lai, M.-C., Kassee, C., Besney, R., Bonato, S., Hull, L., Mandy, W., Szatmari, P., & Ameis, S. H. (2019). Prevalence of co-occurring mental health diagnoses in the autism population: A systematic review and meta-analysis. The Lancet Psychiatry, 6(10), 819-829. https://doi.org/10.1016/S2215-0366(19)30289-5.
18. Larson, F. V., Wagner, A. P., Jones, P. B., Tantam, D., Lai, M.-C., Baron-Cohen, S., & Holland, A. J. (2017). Psychosis in autism: Comparison of the features of both conditions in a dually affected cohort. British Journal of Psychiatry, 210(4), 269-275. https://doi.org/10.1192/bjp.bp.116.187682.

## Capítulo 48

# ENFERMERÍA EN LA UNIDAD DE RECUPERACIÓN POSTANESTÉSICA A PACIENTES MASTECTOMIZADAS

LUCÍA DIAZ GONZALEZ GARCIA ROMERAL

JESSICA VICTORIA CAMPO ISIDORO

ANDREA ESTHER GARCÍA CAÑADILLA

ROXANA MARIBEL GUILLÉN MORENO

PATRICIA PLAZA GÓMEZ

## 1 Introducción

El papel de la enfermería es de suma importancia en cualquier proceso postquirúrgico inmediato para proporcionar seguridad, ya que la principal función de este colectivo es el cuidado. En este caso, nuestro trabajo se desarrolla centrándose en pacientes recién intervenidas de una cirugía de mama y en su estancia en la Unidad de Recuperación Postanestésica (URPA).
En España, en el año 2018 se diagnosticaron 32.825 nuevos casos de cáncer de mama, datos recogidos por "El Sistema Europeo de Información de Cáncer". El 99% de los casos son diagnosticados en mujeres. Un 30% de los cánceres en mujeres es de origen mamario. Tras los datos expuestos, podemos decir que las intervenciones quirúrgicas de este tipo son numerosas y es cada vez más habitual tener un gran número de casos en las salas de URPA.

Habitualmente dicha estancia suele denominarse de corta duración (desde media hora a dos horas). Suelen ser pacientes que tras dicha cirugía precisan la atención de enfermería en la unidad para la recuperación post-anestésica y control del dolor durante un corto periodo de tiempo.
Por tanto el colectivo de Enfermería en URPA proporciona unos cuidados y una estricta vigilancia de corta duración, con el objetivo de asegurarles una evolución postanestésica y postoperatoria rápida, con la finalidad de prevenir la aparición de incidentes o complicaciones.
Seguidamente y viendo que dicha evolución es satisfactoria, la paciente sería dada de alta del servicio de URPA y del bloque quirúrgico general, para ser ingresada en su planta y seguir siendo evaluada y controlada por el personal sanitario de la misma. El personal de Enfermería es de especial relevancia en estas unidades por tener un contacto muy cercano e interactivo con el paciente que permite detectar cualquier posible complicación o dolencia de los pacientes.

## 2 Objetivos

- Saber cómo realizar un buen control y registro que nos permita prevenir, detectar y corregir los posibles cambios que presente la paciente durante su estancia en la URPA.

## 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.
Palabras clave: URPA, unidad de recuperación postanestésica, enfermería postanestésica, cirugía de mama, cuidados post mastectomía.

## 4 Resultados

Tipos de mastectomía
A. Mastectomía simple: extirpación de la mama, sin la fascia del pectoral y sin vaciamiento ganglionar.

B. Mastectomía radical simplificada: extirpación completa de la glándula mamaria y los ganglios axilares, respetando los músculos de la pared costal.
C. Mastectomía radical: extirpación de toda la mama, ganglios linfáticos y músculos pectorales mayores y menores. Es la más radical y deformante.
D. Mastectomía subcutánea: mantiene la integridad de toda la piel que la recubre, incluyendo la areola y el pezón. Suele ser útil para enfermedades benignas.
E. Lumpectomía: se extirpa el tumor y una pequeña cantidad de tejido normal alrededor de este.
Sin duda el cuidado por parte del colectivo de enfermería dependerá del tipo de intervención a la que se haya sometido la paciente por lo que es de suma importancia conocer.
Una vez se haya recopilado la información y la documentación pertinente se procederá a:
- Valoración y registro del nivel de conciencia y constantes vitales evitando la PA en el miembro de la mama intervenida (en casos de vaciamiento ganglionar).
- Vigilancia de sangrado, tanto en el vendaje como en el posible drenaje (permeabilidad y contenido), realizando refuerzo o cura local según necesidad.
- Registro y control de dispositivos intravenosos así como de la fluidoterapia y fármacos endovenosos.
- Control de diuresis y sus características (bien espontánea o en sonda vesical).
- Reposo en posición semifowler.
- Adecuado control del dolor con la pauta analgésica fijada.
- Valoración del dolor según la Escala EVA en reposo y tras toser y/o movilizar MMSS (Miembros Superiores).
- Apoyo psicológico.
- Prevención de cualquier posible complicación post-operatoria.
Escala visual analógica (EVA):
En la escala visual analógica (EVA) se quiere definir la intensidad del dolor y se representa en una línea de 10 cm. En uno de los extremos consta la frase de «no dolor» y en el extremo opuesto «el peor dolor imaginable». La distancia en centímetros desde el punto de «no dolor» a la marcada por el paciente representa la intensidad del dolor. Se necesita que el paciente tenga buena coordinación motora y visual, por lo que tiene limitaciones en el paciente anciano y en el paciente sedado.
Un valor inferior a 4 en la EVA significa dolor leve o leve-moderado, un valor entre 4 y 6 implica la presencia de dolor moderado-grave, y un valor superior a 6 implica la presencia de un dolor muy intenso.
Complicaciones post-operatorias inmediatas:

Hemorragia: la glándula mamaria está ricamente vascularizada: a través de los dos pedículos principales a cargo de la mamaria interna y externa, así como los vasos intercostales. La sección de la glándula mamaria para mastectomías, mastectomías parciales o tumorectomías exige del cirujano realizar una hemostasia cuidadosa sobre un campo generalmente muy sangrante.
Es por esto que la mayoría de las intervenciones sobre dicha glándula llevan un drenaje del lecho, como medida de seguridad. En el caso de la axila o tras las mastectomías totales, es aconsejable la colocación de drenajes aspirativos tipo Redón.
La observación y registro del débito surgido y las características del mismo son una labor muy importante en los primeros tiempos post cirugía.
Igualmente hay que vigilar el o los apósitos de las heridas quirúrgica/s para prevenir un sangrado de las mismas por algún tipo de dehiscencia etc.
• Seromas, abscesos e infecciones de la/s herida/s quirúrgica/s:
Así como vigilamos la/s herida/s quirúrgica/s en el punto anterior, es necesario vigilar posibles signos de infección así como en la salida del drenaje quirúrgico para su prevención y curación si fuera necesario.
Igualmente es conveniente limitar la abducción de la EE y retirar los drenajes cuando sea necesario y bajo una rigurosa asepsia. En determinados casos, será necesario emplear la profilaxis antibiótica según protocolo.
• Dolor:
Para su control, es imprescindible que los pacientes lleven una pauta farmacológica analgésica. El dolor es un proceso subjetivo que se debe de evaluar por medio de la escala EVA de dolor.
• Riesgos derivados de la anestesia general:
Posibles problemas respiratorios (hay que vigilar la saturación de O2 (oxígeno) e ir retirando los dispositivos que porte como mascarilla o gafas nasales, de manera progresiva); problemas cardiacos potenciales y posibles reacciones a los medicamentos administrados. Para todo ello es imprescindible una adecuada monitorización, control y registro de las constantes vitales haciendo especial hincapié en la Sat de O2 y la presión arterial (P.A).

## 5 Discusión-Conclusión

Dada la prevalencia e importancia del cáncer de mama y el aumento paulatino con el paso del tiempo de las intervenciones quirúrgicas de esta índole, la paciente, en el espacio del postoperatorio inmediato, necesita de unos cuidados

específicos que se le deben proporcionar adecuadamente desde el personal de enfermería de las URPA.
Con el fin de conseguir una máxima calidad en el desarrollo del personal de enfermería, es imprescindible la estandarización de los cuidados, ya que permitirá, por un lado, una mejor atención integral de la paciente y, por otro lado, una claridad en la definición del registro y una óptima comunicación entre el equipo multidisciplinar.

## 6 Bibliografía

1. SEOM : Sociedad española de Senología y Patología Mamaria. Disponible en: www.seom.com.
2. Monitorización del dolor. Recomendaciones del grupo de trabajo de analgesia y sedación de la SEMICYUC - C. Pardo1; T. Muñoz; C. Chamorro y Grupo de Trabajo de Analgesia y Sedación de la SEMICYUC - Med. Intensiva vol.30 no.8 nov. 2006. Disponible en: www.scielo.com.
3. CUIDADOS EN EL POST OPERATORIO INMEDIATO DE LA CIRUGIA ONCOPLASTICA Y RECONSTRUCTIVA. María Fernández Castellano; Almudena 95
Gómez Carrillo; Cristina Sánchez García; Victoria Guerra Ballestero; Ruth Nistal López; Ildefonso Ibáñez Praena; Dr. Alfredo Alonso Pozas; HOSPITAL UNIVERSITARIO DEL SURESTE. Disponible en: www.codem.es.
4. Toledano Blanco R, Pérez Jiménez S. Actualizaciones de los cuidados de enfermería en la unidad de reanimación postanestésica. Biblioteca Lascasas 2009.
5. Complications associated with mastectomy. Surg Clin North Am 1983; 24: 1331-1352

## Capítulo 49

# ENFERMERÍA: EFECTOS DE LOS MEDICAMENTOS SOBRE LOS ALIMENTOS

BEATRIZ GALLEGO CEJUDO

MARIA DEL PILAR JUAREZ MERINO

JOSE VIGARA ALMANSA

SANDRA SÁNCHEZ VIUDAS

ANA MARIA CAMARENA LILLO

## 1 Introducción

Los efectos de los medicamentos administrados pueden variar al interaccionar con determinados alimentos o nutrientes.
De la misma manera, la digestión o absorción durante la nutrición puede verse afectada por la acción de algunos fármacos.
La importancia de detectar este tipo de interacciones radica en que puede reducirse la eficacia de un fármaco, originando estancias hospitalarias más largas o repetidas, progresión de la enfermedad e incremento de la morbilidad y mortalidad.
Deben vigilarse especialmente las posibles interacciones de los fármacos que podrían dejar de ser eficaces o, por el contrario, resultar tóxicos.

En cuanto al riesgo de sufrir este tipo de interacción, los pacientes que tienen una prescripción farmacéutica de cuatro o más fármacos (polifarmacia) tienen mayor riesgo de interacciones medicamento-alimento. Por otro lado, los grupos de población más susceptibles a verse afectadas por este tipo de interacciones son: niños, ancianos, mujeres embarazadas, lactantes y/o personas malnutridas, entre otros.

A nivel general, la clasificación de los tipos de interacciones entre alimentos y medicamentos se establece en función de cuál de los dos compuestos es el que ha sufrido la modificación en su efecto debido a la presencia del otro.

De tal forma, se clasifica en:

• Interacciones de los medicamentos sobre los alimentos (IMA): se define como la interacción directa entre un nutriente y el medicamento en el que se dan efectos provocados por el fármaco en las funciones fisiológicas del organismo, como la digestión o absorción de nutrientes.

• Interacciones de los alimentos sobre los medicamentos (IAM): se caracteriza por la existencia de efectos inespecíficos provocados por la presencia de alimentos o nutrientes en el tubo digestivo, o un exceso de ellos.

Esta interacción puede originar un cambio en el efecto del medicamento en el organismo.

En este caso vamos a ver los primeros.

## 2 Objetivos

-Describir los efectos que pueden producirse por interacción de los medicamentos sobre los alimentos.

- Analizar los efectos, para evitar posibles inconvenientes en los 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 con contenidos relacionados con el tema de estudio.

# 4 Resultados

Algunos de los efectos de los medicamentos sobre los nutrientes son:
• Bloquear parcial o completamente la absorción de ciertos nutrientes.
• Aumentar el metabolismo de un nutriente, que provoca la disminución de sus reservas dando lugar a mayores requerimientos.
• Incrementar o reducir la excreción urinaria de ciertos nutrientes.
Por otro lado, el consumo de ciertos medicamentos de forma continuada puede afectar a algunos segmentos del tracto gastrointestinal, tales como fallos en la deglución, en la motilidad o en el pH, entre otras. Todo ello afectará a la absorción y al aprovechamiento de ciertos nutrientes debido a la alteración del funcionamiento del aparato digestivo.
En la mayoría de los casos, las deficiencias producidas suelen ser vitamínicas, siendo la más usual la deficiencia en piridoxina (B6).
Entre las vitaminas que se ven afectadas con mayor asiduidad por el consumo de medicamentos destacan:
• Vitamina B6:
Entre los principales medicamentos de este grupo destacan los anticonceptivos orales. La interacción del medicamento se lleva a cabo sobre una coenzima que interviene en el metabolismo de aminoácidos. Un descenso importante de esta vitamina puede provocar problemas neurológicos graves, por lo tanto, junto con el tratamiento farmacológico, se prescribe suplementación de vitamina B6.
• Vitamina B12:
Los medicamentos que producen el déficit en la absorción no suelen provocar problemas nutricionales importantes, ya que hay suficientes reservas en el organismo de esta vitamina. El problema puede ser mayor si el tratamiento farmacológico es de uso prolongado o si el individuo pertenece a grupos de riesgo, como niños, ancianos o embarazadas. Uno de los principales medicamentos causantes de este déficit es el omeprazol (protector gástrico).
• Vitamina B1:
La disminución en la absorción de tiamina se produce, fundamentalmente, por el consumo de diuréticos. El déficit de B1 puede provocar problemas de corazón, ya que esta interviene en el mantenimiento de la función del músculo cardiaco, además también se le asocia a esta deficiencia la disminución del apetito.
• Biotina (B8): esta vitamina interviene en el funcionamiento de numerosas enzimas metabólicas que forman parte de las células del intestino, de la piel y del sistema nervioso. La terapia con anticonvulsivos a largo plazo o el consumo prolongado de ciertos antibióticos puede incrementar el requerimiento dietario de

biotina debido a que dichos medicamentos pueden interferir en su absorción o incrementar su degradación.
Además de las deficiencias vitamínicas mencionadas, el consumo de ciertos fármacos puede provocar otro tipo de alteraciones en el estado nutricional del paciente como, por ejemplo:
– Las anfetaminas reducen el apetito y la ingesta de alimentos.
– El metotrexato altera el olfato y el gusto.
– Los anticancerosos provocan náuseas y vómitos.
– La ciclofosfamida produce irritación del tracto gastrointestinal.
– Los laxantes pueden provocar estados de malabsorción de muchas sales minerales.
– Los antiácidos disminuyen la absorción de hierro, fosfatos y ciertas vitaminas.

## 5 Discusión-Conclusión

Hemos podido conocer como personal de enfermería los efectos que tienen ciertos medicamentos en los nutrientes de los alimentos para así evitar posibles riesgos de los mismos en nuestros pacientes.
Hemos visto que algunos medicamentos pueden bloquear la absorción de ciertos nutrientes o aumentar su metabolismo, así como reducir o aumentar la excreción de los mismos por vía urinaria.
Algunos medicamentos pueden afectar incluso al tracto gastrointestinal alterando el funcionamiento del aparato digestivo normalmente produciendo deficiencias vitamínicas en el individuo. La más usual es la deficiencia de B6 a la que afectan mucho los anticonceptivos orales, siendo incluso causante de problemas neurológicos por lo que normalmente con este tipo de tratamiento se suele prescribir el suplemento de dicha vitamina.

## 6 Bibliografía

1- Interacciones alimento/medicamento - San Miguel Samano MT.
Jefe de Servicio. Dirección General de Farmacia y Productos Sanitarios. Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. MadridSánchez Méndez JL. Médico Jefe de Sección. Servicio de farmacología
Clínica- disponible en https://www.google.com/url?sa=t&source=
web&rct=j&url=https://www.mscbs.gob.es/biblioPublic/publicaciones/
recursos_propios/infMedic/docs/vol35_1_Interacciones.pdf&ved=
2ahUKEwj8nYvgkMzvAhVmDGMBHVStBBcQFjAAegQIAxAC&usg=

AOvVaw0lFyEh9MLOZ-1CQxt84hqO
2- Interacción alimento-medicamento- 1/07/2019- salud Castilla y Leóndisponible en https://www.saludcastillayleon.es/portalmedicamento/es/noticiasdestacados/destacados/interaccion-alimento-medicamento
3- Medicamentos y alimentos. Interacciones- Vol. 15. Núm. 7. páginas 71-75 Elsevier (Julio 2001)- disponible en https://www.elsevier.es/es-revista-farmaciaprofesional-3-articulo-medicamentos-alimentos-interacciones-13018290

## Capítulo 50

# ENFERMERIA: QUÉ SON LAS MIGRAÑAS, CÓMO NOS AFECTAN EN NUESTRAS VIDAS

BEATRIZ GALLEGO CEJUDO

MARIA DEL PILAR JUAREZ MERINO

JOSE VIGARA ALMANSA

SANDRA SÁNCHEZ VIUDAS

ANA MARIA CAMARENA LILLO

## 1 Introducción

La migraña suele producir un dolor intenso o una sensación de latido en la cabeza, normalmente de un solo lado.
Suele estar acompañada de nauseas, vómitos y sensibilidad a la claridad y al sonido.
Su duración suele ser de horas a días y el dolor suele ser tan fuerte que impide hacer actividades diarias.
Suele pasar por cuatro fases ( Pródomo, Aura, Ataque y Posdromo).
No todas las personas que sufren de migrañas pasan por todas las etapas.
Las migrañas suelen ocurrir la mayoría de las veces en la infancia la adolescencia o la edad adulta tempana.

Hoy por hoy no hay ningún estudio que demuestre porque aparecen las migrañas, pero si existen tratamientos para poder combatirlas mejor, para el que el dolor sea menos doloroso y para poder evitar las nauseas y vómitos que aparecen en la mayoría de los casos.
Las migrañas normalmente no se diagnostican ni se tratan.
Hay muchos factores que pueden desencadenar las migrañas, como por ejemplo la alimentación como el chocolate, las grasas, la cafeína, el fumar, los cambios hormonales, el estrés…
Dormir pocas horas, no descansar lo suficiente, puede desencadenar un episodio de migrañas, todo aquello que te conlleve a tener un estrés en la vida real.

## 2 Objetivos

objetivos principales:
-Exponer e indicar una revisión sobre qué son las migrañas, sus síntomas, fases y tratamiento por parte de enfermeria

## 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

Las migrañas muchas veces ocurren en la infancia, la adolescencia o la edad adulta temprana, suelen pasar por 4 etapas, pero no siempre es así. las etapas son las siguientes:
1. Pródromo: uno o dos días antes de la aparición de la migraña, sus síntomas son:
- Estreñimiento.
- Cambios de estado de ánimo.
- Antojos de comida.
- Rigidez en el cuello.
- Aumento de la sed y de la micción.

- Bostezos.

2. Aura: puede ocurrir antes o durante las migrañas, el aura es un síntoma reversible del sistema nervioso, normalmente son visuales, cada síntoma empieza de forma gradual, va aumentando durante unos minutos y dura entre 20 y 60min. sus síntomas son:

- Fenómenos visuales; destellos, puntos brillantes.
- Perdida de visión.
- Hormigueo en un brazo o en una pierna.
- Dificultad par hablar.
- Sensación de oír música o ruidos.
- Movimientos incontrolados.

3. Ataque; Dura entre 4h a 72h si no se trata, aparecen según las personas, varían de unas a otras, pueden ser poco frecuentes o aparecer varias veces al mes, sus síntomas son:

- Dolor de un lado de cabeza o de ambos.
- Dolor que palpita o late.
- Sensibilidad a la luz, al sonido y también puede afectar al olfato y tacto.
- Nauseas y vómitos.

4. Ocurre después de haber parecido una migraña, te puedes sentir agotado, confundido y sin fuerzas.

Hay personas que se sienten eufóricas, el movimiento brusco de la cabeza podría hacer aparecer nuevamente la migraña.

- Abstinencia de cafeína.
- Cambios hormonales.
- Dormir poco.
- Beber alcohol.
- Ejercicio y estrés físico.
- Ruidos fuertes.
- Saltarse comidas.
- Estrés y ansiedad.
- Fumar.

Algunos alimentos puede causar las migrañas como so:

- chocolates.
- Lácteos.
- Productos con glutamato monosódico.
- Alimentos que contienen tiramina ( vino rojo, quesos curados, pescados ahumado, higos, algunas legumbres….).
- Frutas.

- Carnes con nitratos( tocino, los perritos calientes…).
- Cebollas.
- Maní y otras nueces y semillas.
-Alimentos procesados.

Las migrañas no son el resultado de un tumor cerebral ni un problema serio de salud.

Existen dos clases de tratamiento.

1. Tratamiento analgésico, cuando el dolor aparece agudo el Doctor le indicara:
- Analgésicos.( para niños y adolescentes)
- Antinflamatorios no esteroides.( dolores leves)
- Triptanes.( dolores moderados y severas)
- Antieméticos.( para controlar los vómitos y las nauseas).

2. Tratamiento preventivo, cuando las migrañas son muy frecuentes:
- Betabloqueantes ( migrañas con aura).
- Calcioantagonistas ( migrañas con aura o sin ella).
- Antidepresivos.
- Antihipertensivos.
- Neuromoduladores( cuando esta relacionada con la obesidad).
- Toxina botulínica A ( migrañas crónicas).
- Anticuerpos monoclonales humanos( inyección subcutánea para adultos, con una migraña de 4 al mes)

Hoy en día no existe prueba especifica, para diagnosticar esta patología, pero si una serie de recomendaciones para poder prevenirla.

## 5 Discusión-Conclusión

No hay ningún estudio que demuestre como aparecen, pero si podemos poder prevenirlas con una serie de recomendaciones.

Es importante resaltar que las migrañas no son una enfermedad en general grave o relacionada con tumores cerebrales, pero sí puede ser muy molesta e incapacitante para la persona que la sufre. Una vez que aparecen también podemos combatirlas con los tratamientos, los medicamentos pueden ayudar a prevenir algunas migrañas y hacerlas menos duras y dolorosas. En general, también se puede prevenir con unos hábitos saludables, una buena alimentación y ejercicio moderado.

Lo importante si se tienen signos y síntomas de migrañas con frecuencia es hacer un registro de los mismos así como los métodos que se han seguido para aliviar

su dolor, y acudir al centro sanitario para realizar otras pruebas específicas y mandar el tratamiento adecuado.

## 6 Bibliografía

Mayoclinic,org medlineplus.gou dolordecabeza.net

## Capítulo 51

# ANAFILAXIA. ACTUACIÓN DE ENFERMERÍA

BEATRIZ GALLEGO CEJUDO

MARIA DEL PILAR JUAREZ MERINO

JOSE VIGARA ALMANSA

SANDRA SÁNCHEZ VIUDAS

ANA MARIA CAMARENA LILLO

## 1 Introducción

La anafilaxia es una rección alérgica sistémica potencialmente mortal y de rápida evolución. Afecta a todos los sistemas del individuo, produciendo múltiples síntomas. Se diferencia de la alergia en que la extensión de la reacción del sistema inmune es mucho más generalizada y grave.
Cuando se acompaña de alteración del sistema cardiovascular y disminución de la tensión arterial recibe el nombre de shock anafiláctico. Después de estar expuesto a determinadas sustancias químicas, el sistema inmunitario del individuo desarrolla sensibilidad. Cuando vuelve a exponerse a dicho químico se puede presentar una reacción alérgica a los pocos minutos que desencadenará el cuadro clínico de anafilaxia si no se actúa con rapidez y eficacia. En esos momentos el sistema inmune libera sustancias químicas al sistema vascular, que ocasiona el descenso de la tensión arterial y la afectación de las vías respiratorias, entre otros síntomas.

La aparición de la anafilaxia no solo se desencadena por sustancias presentes en la naturaleza, como el veneno de ciertos insectos, sino también puede ocurrir por contacto con determinados fármacos o materiales como el látex. Cabe destacar que esta situación puede suceder en el ámbito extrahospitalario, y conocer sus síntomas, complicaciones y medidas de tratamiento (aunque no se disponga de material sanitario) puede aumentar de manera considerable las posibilidades de éxito

## 2 Objetivos

- Determinar los síntomas más frecuentes y precoces de la anafilaxia.
- Indicar cuales son las actuaciones de urgencia a seguir si no contamos con asistencia sanitaria

## 3 Metodología

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

## 4 Resultados

Los resultados hallados en los artículos seleccionados indican que la aparición de los síntomas se produce de media a los 30 minutos del contacto con el alérgeno, aunque depende también de la vía de contacto, siendo más rápida en caso de vía intravenosa y menor en vía oral.
La reacción anafiláctica aguda se precede en la mayoría de los casos con un aumento de la temperatura corporal y un prurito generalizado. El resto de los síntomas que podemos encontrar los clasificaremos a continuación en función de los sistemas que se ven afectados:
- Síntomas gastrointestinales: diarrea, náuseas y vómitos, etc.
- Síntomas cardiovasculares: hipotensión, arritmias, taquicardias, pulso débil y acelerado, mareos, pérdida de conocimiento, etc.
- Síntomas respiratorios: constricción de las vías respiratorias con edema laríngeo, broncoespasmo, rinitis, etc.

- Síntomas cutáneos: eritema o enrojecimiento de la piel, urticaria, angioedema, palidez, etc.

Las medidas de actuación ante un paciente con este cuadro clínico variarán en función de la gravedad, pero las medidas de urgencia principales serán:

- Contactar con los servicios sanitarios de urgencia lo antes posible.
- Eliminar o reducir (si es posible) la exposición al alérgeno responsable.
- Administrar autoinyector (en caso de que lo hubiera) de epinefrina IM en el muslo del individuo.
- Controlar las constantes vitales (frecuencia cardiaca, respiratoria, tensión arterial si fuera posible, etc.).
- En caso de parada cardiorrespiratoria iniciar medidas de reanimación de forma precoz.

Al llegar la asistencia sanitaria se canalizará acceso venoso (en caso de no ser posible se recurrirá a otro tipo de accesos como el óseo) para la administración de fármacos (antihistamínicos, adrenalina IV, etc.). También se asegurará la vía aérea para favorecer la ventilación del paciente. Se trasladará en caso de necesitarlo al centro de referencia para estabilizar la situación y asegurar un adecuado tratamiento.

## 5 Discusión-Conclusión

Tras la revisión de los diferentes artículos se puede concluir que la anafilaxia es un cuadro de rápida evolución, dónde la mayor parte de los pacientes que fallecen lo hacen debido a una hipoxemia secundaria por edema laríngeo, shock anafiláctico o pérdida del volumen vascular por aumento de la capilaridad vascular.

Un diagnóstico precoz de la situación, así como un adecuado tratamiento se asocian a mayores tasas de éxito y menos secuelas en el futuro. Sin embargo, una vez estabilizado el paciente se recomienda una vigilancia estrecha durante al menos las primeras 8 horas, pues puede haber alguna recidiva.

Una vez resuelto el problema, surge la figura de la enfermera como la principal responsable de educar al paciente en torno a lo comentado en este texto. El paciente debe ser conocedor de los síntomas y las pautas de tratamiento a seguir en caso de que se vuelva a producir una reacción alérgica

## 6 Bibliografía

1. Muraro A, Roberts G, Worm M, Bilò MB, Brockow K, Fernández Rivas M, et al. Anaphylaxis: Guidelines from the European Academy of Allergy and Clinical

Immunology. Allergy Eur J Allergy Clin Immunol. 2014;69(8).
2. Richards JB, Wilcox SR. Diagnosis and management of shock in the emergency department. Vol. 16, Emergency medicine practice. 2014.
3. Sampson HA. Anaphylaxis and emergency treatment. In: Pediatrics. 2003.
4. Anagnostou K. Anaphylaxis in Children: Epidemiology, Risk Factors and Management. Curr Pediatr Rev. 2018;14(3).
5. Sharma HP, Bansil S, Uygungil B. Signs and Symptoms of Food Allergy and Food-Induced Anaphylaxis. Vol. 62, Pediatric Clinics of North America. 2015.
6. Benito-Garcia F, Ansotegui IJ, Morais-Almeida M. Diagnosis and prevention of food-dependent exercise-induced anaphylaxis. Vol. 15, Expert Review of Clinical Immunology. 2019.
7. Commins SP. Outpatient Emergencies: Anaphylaxis. Vol. 101, Medical Clinics of North America. 2017.
8. Greenhawt M, Gupta RS, Meadows JA, Pistiner M, Spergel JM, Camargo CA, et al. Guiding Principles for the Recognition, Diagnosis, and Management of Infants with Anaphylaxis: An Expert Panel Consensus. Vol. 7, Journal of Allergy and Clinical Immunology: In Practice. 2019.
9. Miller RL, Shtessel M, Robinson LB, Banerji A. Advances in drug allergy, urticaria, angioedema, and anaphylaxis in 2018. J Allergy Clin Immunol. 2019;144(2).
10. Ben-Shoshan M, Clarke AE. Anaphylaxis: Past, present and future. Vol. 66, Allergy: European Journal of Allergy and Clinical Immunology. 2011.

## Capítulo 52

# SÍNDROME DE BURNOUT EN PROFESIONALES SANITARIOS EN RELACIÓN CON LA COVID-19

RAQUEL GENOVÉS PICÓ

ÁNGEL ORTIZ FERNÁNDEZ

MARTA TOMÁS MUÑOZ

VANESSA NAVARRO AGUILAR

## 1 Introducción

La pandemia de la Covid-19, ha supuesto para toda la población un importante impacto a nivel de la salud mental y especialmente en los profesionales del sector sanitario.

La inquietud frente a un posible contagio y sus consecuencias, así como las condiciones laborales a las que han de hacer frente, entre las que destaca la gran presión a nivel asistencial, afectan notablemente al personal responsable, que en ocasiones es incapaz de asumir la elevada demanda derivada de la situación actual. Esta combinación de factores, suponen un riesgo para la salud psicoemocional de los profesionales sanitarios. El estrés laboral influye en su salud mental y emocional, y puede tener un impacto negativo en su calidad de vida general.

Según la Organización Mundial de la Salud, el Síndrome de desgaste ocupacional, también conocido como burnout, es ”resultado del estrés crónico en el lugar de

trabajo que no se ha manejado con éxito" y aclara que "se refiere específicamente a los fenómenos en el contexto laboral y no debe aplicarse para describir experiencias en otras áreas de la vida". Según lo establecido por la OMS el burnout presenta tres dimensiones, además de una serie de síntomas que se presentan en la tabla 1:

- Sentimientos de falta de energía o agotamiento.
- Aumento de la distancia mental con respecto al trabajo o sentimientos negativos o cínicos, también con respecto al trabajo.
- Sensación de ineficacia y falta de realización.

Los inicios del uso de este término tienen lugar en el año 1974, donde el psiquiatra germano-estadounidense Herbert J. Freudenberger realizó la primera conceptualización de esta patología, a partir de observaciones que realizó sobre el personal que trabajaba en una clínica para toxicómanos en New York. A partir de dichas observaciones, llegó a la conclusión de que gran parte de los compañeros del equipo de trabajo, tras más de 10 años de trabajo, empezaban a sufrir pérdida progresiva de la energía, idealismo, empatía con los pacientes, además de agotamiento, ansiedad, depresión y desmotivación con el trabajo.

Posteriormente, en 1982, la psicóloga Cristina Maslach, de la Universidad de Berkeley, California, y el psicólogo Michael P. Leiter, de la Universidad de Acadia Scotia crearon un instrumento diagnóstico muy importante, el Maslach Burnout Inventory (MBI).

Finalmente, ha sido en el mes de enero del presente año, cuando la OMS indicó que este síndrome pasaba a formar parte oficialmente en el mes de enero de este año a su Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-11) de la OMS, en la que se incluye al burnout, por lo que a partir de este momento, todos los países miembros, deberán considerarlo como un padecimiento laboral.

## 2 Objetivos

El objetivo general planteado en este trabajo es conocer si la Covid-19 ha tenido algún efecto sobre el personal sanitario en relación al síndrome del burnout.

## 3 Metodología

Para el desarrollo de este estudio, se ha decidido realizar una revisión bibliográfica en base a un compendio de artículos. Durante el mes de marzo del año 2022 se realizó una búsqueda bibliográfica en la base de datos Pubmed, donde se utilizaron como Descriptores de Ciencias de la Salud (DeCS) "Burnout" y "Covid-19" unidos mediante el operador booleano "AND". De este método de búsqueda se obtuvieron un total de 1436 resultados.

Una vez identificados los artículos, se realizó un proceso de elección y análisis. En el proceso de selección se utilizaron los criterios de inclusión y exclusión descritos en la tabla 2.

Tras aplicar dichos filtros se obtuvieron un total de 10 resultados de los cuales se seleccionaron 4 artículos (3 revisiones bibliográficas y un estudio transversal descriptivo).

## 4 Resultados

Tras haber realizado la lectura de los artículos seleccionados se han obtenido una serie de coincidencias respecto al personal más vulnerable a padecer este tipo de trastornos que, a raíz de la pandemia de la Covid-19, se han hecho todavía más notables.

Por una parte, se ha podido observar e identificar que las mujeres, y más concretamente de la categoría enfermera son más vulnerables a la hora de padecer mayor impacto emocional derivado del trabajo.

También cabe recalcar la sobrecarga emocional derivada del aislamiento de los pacientes, que tiene una importante repercusión en el personal de enfermería puesto que es este el que tiene un contacto más directo con el paciente. Además el hecho de que los familiares y acompañantes puedan estar ausentes por la situación de aislamiento también supone una sobrecarga para el personal ya que no cuenta con el soporte de ellos.

Por otra parte, también se ha demostrado que el personal con antecedentes de haber padecido ansiedad y estrés por otras situaciones diferentes a lo largo de su vida, también tienen más predisposición a desarrollar problemas como el burnout en su entorno laboral.

Además de los resultados obtenidos en torno al riesgo de burnout en enfermería, por lo que respecta al personal médico residente, los resultados son similares, mostrando que ya previamente a la situación de pandemia actual, la residencia supone un importante factor de riesgo a nivel emocional que se ha agravado con la situación actual. En los residentes se ha descrito que una elevada carga laboral con exceso de horas de trabajo, un ambiente laboral hostil y en general las malas condiciones en el lugar de trabajo son factores de riesgo para la aparición de estrés y burnout.

Tal y como se ha comentado la Covid-19 ha supuesto un agravante de la situación debido a la mayor ocupación de camas que ha llevado a una gran parte de los residentes a prestar cuidados de primera línea a este tipo de pacientes, lo cual ha ido acompañado de inseguridad y estrés laboral.

## 5 Discusión-Conclusión

Tras la lectura y el análisis de los diferentes artículos seleccionados para la realización de este trabajo se pueden extraer diversas conclusiones:

- Es muy importante incrementar los recursos dirigidos a la formación en torno a la temática del burnout y el impacto emocional del trabajo debido a las repercusiones tan importantes que esto puede tener tanto a nivel individual como en la asistencia prestada a los pacientes.

- Los ratios profesional-paciente suponen un factor de riesgo importante a la hora de desarrollar problemas como el burnout y en este sentido la pandemia de la Covid-19 ha podido agravar dicha situación por la elevada presión asistencial.

- Sea cual sea la categoría profesional de referencia, dentro del sector sanitario, se ha demostrado un impacto negativo sobre la salud emocional derivada de la Covid-19.

- Las recomendaciones dirigidas a las profesionales para afrontar mejor la situación descrita giran en torno a los siguientes puntos en las diferentes referencias bibliográficas:

- Contratar enfermeras y médicos con formación específica de atención en catástrofes así como invertir en la cualificación de los profesionales que trabajan en la primera línea de la Covid-19.
- Aumentar las planillas de trabajo.

- Adecuar las horas de trabajo y garantizar horas de descanso efectivas.
- Recalcar la importancia de la actividad física.
- Utilizar técnicas que favorezcan la desconexión, como por ejemplo, el mindfulness.

# 6 Bibliografía

Bedoya Giraldo, J., Pulido Ángel, J., García Valencia, J., Aguirre Acevedo, D., & Cardeño Castro, C. (2021). Factores asociados con la intensidad de los síntomas ansiosos y depresivos en personal de salud de dos centros de referencia para la atención de pacientes con COVID-19 de Antioquia, Colombia. Un análisis de clases latentes. Revista Colombiana De Psiquiatría. Recuperado el 1 de marzo de 2022, de: https://doi.org/10.1016/j.rcp.2021.09.002

Bueno Ferrán, M., & Barrientos-Trigo, S. (2021). Cuidar al que cuida: el impacto emocional de la epidemia de coronavirus en las enfermeras y otros profesionales de la salud. Enfermería Clínica, 31, S35-S39. Recuperado el 1 de marzo de 2022, de: https://doi.org/10.1016/j.enfcli.2020.05.006

Danet Danet, A. (2021). Impacto psicológico de la COVID-19 en profesionales sanitarios de primera línea en el ámbito occidental. Una revisión sistemática. Medicina Clínica, 156(9), 449-458. Recuperado el 1 de marzo de 2022, de: https://doi.org/10.1016/j.medcli.2020.11.009

Insst.es. (2022). Síndrome de estar quemado por el trabajo o "burnout" (I): definición y, proceso de generación. Recuperado el 1 de marzo de 2022, de: https://www.insst.es/documents/94886/327446/ntp_704.pdf/9a205bee-9bd7-4221-a1ae-39b737974768.

Navinés, R., Olivé, V., Fonseca, F., & Martín-Santos, R. (2021). Estrés laboral y burnout en los médicos residentes, antes y durante la pandemia por COVID-19: una puesta al día. Medicina Clínica, 157(3), 130-140. Recuperado el 1 de marzo de 2022, de: https://doi.org/10.1016/j.medcli.2021.04.003

OMS oficializa el Síndrome del Burnout como una enfermedad de trabajo. Medicina y Salud Pública. (2022). Recuperado el 1 de marzo de 2022, de: https://medicinaysaludpublica.com/noticias/salud-publica/oms-oficializa-el-sindrome-del
-burnout-como-una-enfermedad-de-trabajo/12348#::text=En%20la%20clasificaci%C3%B3n%20de%20la,tambi%C3%A9n%20con%20respecto%20al%20trabajo.

## Capítulo 53

# PAPEL DE ENFERMERÍA EN EL MAL AGUDO DE MONTAÑA (MAM)

FRANCISCO LÓPEZ CAMACHO

TAMARA MERCEDES HERNÁNDEZ RAMÍREZ

ADELA GILGADO DAVILA

## 1 Introducción

Al exponer el cuerpo a cierta altura durante la práctica deportiva, la propia altura induce una serie de importantes cambios fisiológicos. Estos cambios pueden ser aprovechados por los deportistas para mejorar su rendimiento físico, pero también pueden provocar graves situaciones de salud, como el conocido mal agudo de montaña, si se dispone de información falsa sobre su práctica.

La enfermería puede jugar un papel importante en este ámbito, centrando su educación en la promoción y prevención de la salud de los deportistas que ascienden determinadas alturas en el deporte; y al mismo tiempo revelará los síntomas de ciertas patologías que aparecen en altitudes medias para su detección temprana, para evitar diagnósticos tardíos y sugerir inactividad con efectos negativos para la salud.

Las actividades asistenciales en este ámbito deben centrarse siempre en la prevención, ya que esta es la mejor solución al mal agudo de altura, mediante una educación para la salud que permita a la persona que practica deporte en altura seguir unas pautas y actividades deportivas de calidad, que mantengan su plena salud.

Es útil destacar este enfoque de enfermería, ya que esta profesión suele desarrollar su labor en lugares donde se puede desarrollar esta patología, como estaciones de esquí o centros de salud de montaña, entre otros.

## 2 Objetivos

El principal objetivo de este documento es mostrar el papel que desarrolla el personal de enfermería en el mal agudo de montaña (MAM)

## 3 Metodología

Para la realización de este documento se ha realizado una revisión basada en una búsqueda bibliográfica relacionada con el papel de enfermería en el mal agudo de montaña, 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

Los atletas experimentan muchos cambios fisiológicos en sus cuerpos cuando entrenan a altitudes moderadas. La presión barométrica (atmosférica) disminuye con el aumento de la altitud, lo que conduce a una reducción de la presión parcial de oxígeno tanto en el aire como en la presión arterial de oxígeno, lo que da como resultado un fenómeno conocido como hipoxia hipobárica. Esto significa que el oxígeno ejerce menos presión para ingresar al torrente sanguíneo, lo que resulta en una falta relativa de oxígeno.

La disminución de este aporte de oxígeno a los tejidos, provocada por un descenso de la presión del aire debido al ejercicio en altura, aumenta la producción de eritropoyetina, factor encargado de estimular la producción de eritrocitos en la médula ósea. Este recuento mejorado de glóbulos rojos transporta más oxígeno al cuerpo, lo que facilita que el atleta entrene una vez que regrese al nivel del mar.

Recomendaciones para deportes de altura. papel de crianza
En lo que se refiere a la formación en altura y las diversas patologías que pueden surgir en relación con el crecimiento, la formación adecuada y de calidad de las

enfermeras es fundamental. Esta educación se enfoca principalmente en la prevención y promoción de la salud, lo que elimina la desinformación sobre este tema y permite que el atleta entrene para mantenerse saludable mientras mejora el rendimiento físico.

Lo primero a tener en cuenta es que el rendimiento se ve afectado por:

Estado de salud y rasgos morfofuncionales de cada deportista.
- Edad cronológica y deportiva.
- Nivel de estudios previo.
- Experiencia previa de altitud y altitud efectiva (diferencia entre la altitud a la que vas y la altitud de la que vienes)
- Duración de la estancia en la habitación.

## 5 Discusión-Conclusión

La creciente tendencia a practicar deportes en lugares donde el crecimiento está implícito se combina con la desinformación de la población para realizar estas actividades.
La presencia de un entrenamiento estandarizado de alta calidad en la profilaxis en deportes de altura supondrá una reducción de las consecuencias fisiopatológicas que afectan al organismo cuando se expone a una determinada altura por encima del nivel de daño.
Las enfermeras que trabajan en equipos de rescate de montaña, cuerpos militares o en entornos recreativos y al aire libre pueden desempeñar un papel en esta prevención; donde se realizan actividades deportivas a gran altura.
La educación primaria se centrará en la prevención, pero también será importante incidir en la detección precoz de patologías comunes que pueden presentarse en la altura, como el mal agudo de montaña, así como el uso de medicamentos y efectos secundarios. Esta medida evita el diagnóstico tardío de la enfermedad, que puede tener graves consecuencias para la salud del deportista.

## 6 Bibliografía

Zanguña Fonseca LF, Peralta González MA, Cruz Rubio SG. Eritropoyetina, hipoxia y mal de montaña. Rev. Cienc. Biomed. [Internet]. 2016. Disponible en: https://dialnet.unirioja.es/
servlet/articulo? codigo=7648208

Tinoco Solórzano A. Edema pulmonar de altura o mal de altura. Rev Finay [Internet]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/
scielo.php?script=sci_ arttext&pid=S2221-2434201 8000400002

Carod Artal FJ. Consejos para prevenir el mal de altura. FMC [Internet]. 2021. Disponible en: https://www. sciencedirect. com/science/article/
abs/pii/S11342072 20301729

## Capítulo 54

# PLAN DE CUIDADOS: INTENTO AUTOLÍTICO EN PACIENTE ADOLESCENTE

VICTAR ARCOS CIORRAGA

JOSE ESTEBAN ZAPATA LOPEZ

NATALIA DEL FRESNO LÓPEZ

M. DOLORES BAOS ARANDA

NOELIA DELGADO ARROYO

## 1 Introducción

Un intento autolítico es cualquier conducta potencialmente lesiva con evidencia de que la persona procuraba morir pero se detuvo antes de que ocurriera el daño. La conducta autolesiva está aumentando considerablemente, y lo está haciendo también entre los grupos de población más jóvenes. El suicidio se posiciona ya como la cuarta causa principal de muerte entre los adolescentes, y detrás de cada suicidio consumado hay muchas tentativas. El método utilizado con más frecuencia en nuestro medio es la intoxicación medicamentosa, especialmente analgésicos, también otros tipos de envenenamiento voluntario y corte de venas.

Los adolescentes son un grupo en el que los factores de riesgo social a los que están expuestos los hacen más vulnerables ante los intentos autolíticos. El contacto

con el mundo de las drogas, alcohol, tabaquismo, las situaciones de lucha por la identidad, incomprensión, aislamiento, depresión, son algunos de los ejemplos de factores de exposición que pueden alterar la salud mental de los jóvenes.

La estigmatización de los problemas de salud mental y todos los tabús en torno a este tema dificultan aún más el abordaje en materia de prevención primaria enfocado a la etapa prepatológica. La falta de poyos externos suficientes y adecuados hacen que la incidencia de conductas suicidas vaya en aumento.

## 2 Objetivos

-Elaborar un plan de cuidados individualizado para atender los diagnósticos independientes detectados por enfermería en el paciente adolescente con intento autolítico

## 3 Caso clínico

Paciente femenina de 14 años que es derivada a su hospital de referencia por el 112 al ser encontrada por sus padres en el salón de su casa, con una caja de tramadol/paracetamol 75/650mg vacía, presenta un fuerte dolor abdominal y tiene náuseas. Según los padres habría ingerido unos 10 comprimidos, la niña se encuentra consciente en todo momento y da fe de lo ocurrido, dice no haber pasado más de dos horas desde que lo hizo.

Después de una primera valoración por parte de los servicios de urgencias del 112 es estabilizada y se lleva a cabo un lavado gástrico con carbón activado. Se traslada al hospital comarcal más cercano donde se realiza una primera analítica sanguínea y seriación de los niveles de paracetamol en sangre a las 4h para contrastar los datos con el normograma de Rumack-Matthew, lo que reporta la conveniencia de instaurar tratamiento con el antídoto N-acetilcisteína. Tras inicio del tratamiento oportuno se consulta el cuadro con la unidad de salud mental infanto-juvenil del hospital primario de referencia, se decide esperar a la evolución clínica de la paciente para posterior traslado y valoración de su estado mental y seguimiento por la citada unidad.

El tiempo que permanece la paciente en la unidad de media estancia en observación se atienden los problemas de colaboración derivados de la atención médica urgente y de estabilización hemodinámica siguiendo el plan estandarizado según protocolo interno.

En base a la valoración de enfermería se elabora el plan de cuidados individualizado dirigido a los diagnósticos independientes detectados. Los patrones alterados son:
-percepción control de la salud
-autopercepción-autoconcepto
-cognitivo-perceptual
-rol-relaciones
-adaptación-tolerancia al estrés
-valores y creencias

Siguiendo la taxonomía NNN:

1.Diagnóstico NANDA: 00099 Mantenimiento ineficaz de la salud
NIC:
8272 Fomento del desarrollo: adolescentes
6610 Identificación de riesgos
6650 Vigilancia
NOC:
1602 Conducta de fomento de la salud
1908 Detección de riesgos
2.Diagnóstico NANDA: 00051 Deterioro de la comunicación verbal
NIC:
4920 Escucha activa
NOC:
0902 Comunicación
3.Diagnóstico NANDA: 00125 Impotencia
NIC:
4480 Facilitar la autorresponsabilidad
NOC:
1614 Autonomía personal
4.Diagnóstico NANDA: 00124 Desesperanza
NIC:
5270 Apoyo emocional
5310 Dar esperanza
NOC:
1201 Esperanza
1206 Deseo de vivir
5.Diagnóstico NANDA: 00119 Baja autoestima crónica
NIC:

5400 Potenciación de la autoestima
NOC:
1205 Autoestima
6.Diagnóstico NANDA: 00063 Procesos familiares disfuncionales
NIC:
7100 Estimulación de la integración familiar
7200 Fomentar la normalización familiar
5370 Potenciación de roles
NOC:
2602 Funcionamiento de la familia
7.Diagnóstico NANDA: 00146 Ansiedad
NIC:
5880 Técnica de relajación
2300 Administración de medicación
NOC:
1402 Autocontrol de la ansiedad
8.Diagnóstico NANDA: 00069 Afrontamiento ineficaz
NIC:
5250 Apoyo en la toma de decisiones
5440 Aumentar los sistemas de apoyo
NOC:
1302 Afrontamiento de problemas
0906 Toma de decisiones
9.Diagnóstico NANDA: 00140 Riesgo de violencia autodirigida
NIC:
4370 Entrenamiento para controlar los impulsos
5330 Control del estado de ánimo
6160 Intervención en caso de crisis
NOC:
1405 Autocontrol de impulsos
1911 Conductas de seguridad personal
10.Diagnóstico NANDA: 00150 Riesgo de suicidio
NIC:
4354 Manejo de la conducta autolesión
6486 Manejo ambiental: seguridad
NOC:
1408 Autocontrol del impulso suicida
11.Diagnóstico NANDA: 000053 Aislamiento social

NIC:
5326 Potenciación de las aptitudes para la vida diaria
4362 Modificación de la conducta: habilidades sociales
NOC:
1502 Habilidades de interacción social

## 4 Discusión-Conclusión

Hay un aumento considerable de los casos de intentos autolíticos entre los adolescentes. El mecanismo lesivo más frecuente son las sobredosis con fármacos de uso habitual en los hogares, paracetamol entre otros.
El intento autolítico genera una urgencia que es tratada en primera instancia como restauración hemodinámica por la gravedad clínica que supone, pero no hay que olvidar tratar al paciente como ser biopsicosocial, es importante no dejar de lado la valoración de enfermería, que con el diagnóstico de problemas independientes que le caracteriza ofrece una asistencia mucho más global, tratando al paciente como un todo y facilitando la continuidad de sus cuidados.

## 5 Bibliografía

-Mintegui S. En: Grupo de trabajo de Intoxicaciones de la Sociedad Española de Urgencias de Pediatría, coordinador. Manual de intoxicaciones en Pediatría. 3ªed. Madrid: Ergon;2012.

-Mintegui S. Benito J. Vázquez MA. Fernández A, Gortázar P, Grau G. Intoxicaciones en urgencias: cambios epidemiológicos en los últimos 10 años. Esp Pediatr. 2002 enero; 56(1):23-9.

-https://www.nnnconsult.com

## Capítulo 55

# ENFERMERIA : INTOXICACIÓN POR ALCOHOL Y DERIVADOS, ANTIDEPRESIVOS TRICÍCLICOS Y POR SEDANTES E HIPNÓTICOS

PARASCHIVA AMBROZE

MARIA JOSE FERNANDEZ RELUCIO

ANA CRISTINA SERRANO GUDE

PILAR ZAMORA ALCÁZAR

CRISTINA OLMEDO PINTADO

## 1 Introducción

La Organización Mundial de la Salud en cuanto a la intoxicación por alcohol y derivados, atribuye al uso nocivo del alcohol 2,5 millones de muertes al año, estando esta sustancia incorporada en las costumbres de la población española. Es la intoxicación aguda más frecuente en nuestro medio. Otros alcoholes son el etilenglicol (anticongelantes) y el metanol y metaldehído (pastillas enciende fuegos). El primero no es tóxico por sí mismo y su toxicidad proviene del inicio de su metabolismo por la alcoholdehidrogenasa hepática. El metanol se diferencia principalmente del resto de los alcoholes por provocar toxicidad retiniana grave a través de sus metabolitos activos (ácido fórmico). Finalmente, el metaldehído es un poderoso convulsivante.

La intoxicación por antidepresivos tricíclicos, es la más utilizada con fines suicidas, con gran predominio del sexo femenino. Su dosis tóxica está por encima de los 10 mg/kg. Su pronóstico vital se encuentra comprometido con dosis en adultos superiores a 2 g en el adulto. Los ADT son absorbidos rápidamente tras su ingesta debido a su elevada unión a proteínas plasmáticas y su gran liposolubilidad. La toxicidad de los antidepresivos es debida a efectos anticolinérgicos directos, depresión miocárdica directa y bloqueo de la recuperación adrenérgica. En cuanto a la intoxicación por sedantes e hipnóticos, se utilizan con gran profusión con distintas indicaciones (relajantes musculares, ansiolíticos, hipnóticos…) y por tanto se ven implicados frecuentemente en intoxicaciones. La gravedad no la determinan los benzodiacepinas en general, sino las asociaciones con las que se combina intencionadamente o no.

## 2 Objetivos

Describir el cuadro clínico que presentan las intoxicaciones anteriormente descritas y su posterior tratamiento específico de la intoxicación por alcohol y derivados, por antidepresivos tricíclicos e intoxicación por sedantes e hipnóticos, así como sus complicaciones

## 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, Scielo y Medline, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisa

## 4 Resultados

INTOXICACIÓN POR ALCOHOL Y DERIVADOS
Cuadro clínico.
En todas ellas puede haber de 6-12 horas de latencia entre la ingesta excesiva y la aparición de síntomas graves derivados de la acción tóxica de los alcoholes. Puede variar desde la simple embriaguez con rubicundez facial y fétor enólico, hasta trastornos de conducta importantes, crisis convulsivas, signos de encefalopatía

y coma. Todos ellos provocan acidosis metabólica por ácido láctico en las intoxicaciones por etanol, ácido glicólico, oxálico y glióxico en las provo cadas por etilenglicol y ácido fórmico en las derivadas del metanol.
Complicaciones frecuentes.
Depresión respiratoria y neumopatías por inhalación, hemorragias gastrointestinales, hipotermia profunda, rabdomiólisis, acidosis láctica e hipoglucemia que puede ser intensa en niños. El colapso cardiovascular es raro y debe hacer pensar en ingesta asociada de psicótropos. Es necesario tener en cuenta la posibilidad de traumatismos craneoencefálicos cerrados con hemorragias intra- craneales indistinguibles del coma tóxico.
Tratamiento específico.
Con 100 mg de tiamina i.v. seguido de administración de suero glucosado. Si hay convulsiones se utilizarán benzodiacepinas igual que si concurre el delirium tremens que también debe ser tratado con benzodiacepinas hasta sedar completamente al paciente. En las intoxicaciones por metanol se utiliza el etanol como antídoto por su competitividad a nivel de la alcoholdehidrogenasa.
INTOXICACIÓN POR ANTIDEPRESIVOS TRICÍCLICOS
Cuadro clínico.
Existe un tiempo de latencia engañoso de 1 a 4 horas entre la ingestión del medicamento y la aparición de los primeros síntomas que abarcan desde letargia, hiperreflexia, taquicardia sinusal, palpitaciones, movimientos coreiformes y el delirio hasta el coma con convulsiones, depresión respiratoria, hipotensión, extrasístoles ventriculares, y paro cardíaco. Los signos electrocardiográficos asocian taquicardia inicialmente, aplanamiento onda T, alargamiento del espacio QT
(el cual incremente el riesgo de sufrir una taquicardia ventricular polimórfica, la antigua Torsades de Pointes), bloqueo AV 1º grado y ensanchamiento de QRS.
Tratamiento específico de las arritmias ventriculares por ADT:
Bicarbonato sódico en infusión IV 1-2 µg/kg.
Lidocaína 1-2 mg/kg IV, seguidos de infusión de mantenimiento 2-4 mg/min.
Fenitoína en dosis de ataque de 1.000 µg durante 20-30 min.
Fisostigmina 1-2 mg IV en infusión lenta (si no resultaran eficaces los anteriores métodos), ya que sus niveles tóxicos están cerca de los terapéuticos y sus consecuencias pueden ser graves.
INTOXICACIÓN POR SEDANTES E HIPNÓTICOS
Cuadro clínico.
Los benzodiacepinas solas suelen provocar a altas dosis depresión respiratoria y coma finalmente. Otros como el etilclorovinol debido a su vida media alta y su afinidad a tejidos por su gran volumen de distribución presentan en caso de in-

toxicación un coma profundo y prolongado con depresión respiratoria. La glutetimida y el hidrato de cloral inducen también depresión respiratoria y coma, y el hidrato de cloral también arritmias.
Tratamiento específico.
Flumazenilo es un antagonista específico, aunque con una vida media más corta que la de los benzodiacepinas. La dosis es de 0,3-0,5 mg IV unos 15 según dos, pudiendo seguir con bolos de 0,1 mg hasta llegar a un tope de 2 mg. Si fuera necesaria perfusión continua se administra entre 0,1 y 0,4 mg/hora

## 5 Discusión-Conclusión

Podemos observar a través de la descripción en este capítulo de la intoxicación por alcohol y derivados que en la mayoría de las ocasiones pasan de 6 a 12 horas, para que se pueda observar las consecuencias derivadas del acto, las cuales pueden ser leves o graves como la, depresión respiratoria y neumopatías por inhalación, hemorragias gastrointestinales, hipotermia profunda, entre otras.
En cuanto a la intoxicación por antidepresivos tricíclico, se debe prestar especial atención a las constantes, ya que existe un tiempo de latencia que lleva al engaño de 1 a 4 horas entre la ingestión del medicamento y la aparición de los primeros síntomas que abarcan desde letargia, hiperreflexia, taquicardia sinusal, palpitaciones, pudiendo derivar en una taquicardia.

## 6 Bibliografía

1. http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1137-66272003000200007
2. http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1137-66272003000200006

## Capítulo 56

# ENFERMERIA: PACIENTE CON NEUMONÍA BILATERAL POR COVID-19 A TRATAMIENTO CON ECMO

PARASCHIVA AMBROZE

MARIA JOSE FERNANDEZ RELUCIO

ANA CRISTINA SERRANO GUDE

PILAR ZAMORA ALCÁZAR

CRISTINA OLMEDO PINTADO

## 1 Introducción

La tecnología de oxigenación de la sangre por la membrana extracopórea ha sido en el tratamiento de elección en muchos pacientes afectados por neumonía bilateral en la presente pandemia por COVID-19. Una vez que el tratamiento médico toca techo en estos pacientes, la ECMO supone una ultima oportunidad de recuperación permitiendo suplir la función respiratoria. Requiere de una selección adecuada de pacientes que se puedan beneficiar ya que existen muchas complicaciones y su manejo requiere de personal especializado.
Los perfusionistas son los profesionales sanitarios que más conocen los procesos de circulación extracorpórea. Ellos estarán presente en el momento de implantación de las cánulas veno-venosas y arterio-venosas y en el momento del

traslado del paciente a una unidad de cuidados intensivos. A partir de ahí, será el personal del enfermería quien se dedique a monitorizar y vigilar las constantes vitales del paciente así como las posibles complicaciones que se derivan del tratamiento como del mantenimiento del mismo.
Los constantes avances y la incorporación de las nuevas tecnologías y técnicas de asistencia a pacientes con graves patologías respiratorias obligan a los equipos tanto médicos como enfermeros, a una preparación mucho más especializada y adecuada para poder llevar a cabo este tratamiento con seguridad y calidad para el paciente.

## 2 Objetivos

- Ampliar conocimientos sobre el uso y cuidados de un sistema que resulta vital y poco frecuente.

## 3 Caso clínico

Paciente de 36 años que ingresa en urgencias por neumonía bilateral covid positivo, variante brasieña. Sin hábitos tóxicos. Enfermedades previas diverticulosis y obesidad (IMC 32,85 Kg/m2).
Inicio de los síntomas ocho días antes del ingreso con fiebre, diarrea, mialgias, postración y disnea. No anosmia ni ageudia. Radiografía de tórax con infiltrados bilaterales de predominio inquierdo que empeoran con respecto a la anterior radiografía. Taquinea en reposo, temperatura de 38ªC y saturación basal de 89%. . Gasometría arterial con una hipoxemia de 56 mmHG. Se traslada a la uvi. Se procede a la intubación y se inicia tratamiento con corticoides. Bajo los efectos sedación y relajación se mantiene adaptado a una ventilación mecánica controlada por volumen al 50% con una PEEP de 14 con las que inicialmente mantiene saturaciones en torno a 96%.
En la noche del tercer día de ingreso en UVI sufre una desaturación importante que requiere de una broncoscopia. Se objetiva abundante secrecciones pero el empeoramiento proresivo obliga a empezar con los cambios posturales en decúbito prono.
En el séptimo día de ingreso la evolución continúa siendo desfavorable, no responde al prono y sigue necesitando concentraciones de oxígeno del 70% para mantener saturaciones en torno al 94%.
Al octavo día de ingreso se plantea el tratamiento con sistema de Oxigenación por Membrana Extracorpórea (ECMO). Se le coloca una terapia veno- venosa

canalizada en vena femoral y vena subclavia derecha. Se mantiene al 100% , se ajustan parámetros de ventilación mecánica y se inicia un control de coagulación. En este punto en la gasometría tiene una PO2 arterial de 92 mmhg; una PCO2 de 62 mmhg y un PH de 7,4.
Al 10 día de ingreso , con tres días de tratamiento con ECMO ya se puede disminuir la FiO2 al 70%, suspender la relajación y pasarlo a una ventilación pulmonar de soporte con una buena mecánica respiratoria.

## 4 Discusión-Conclusión

A pesar del tratamiento óptimo, existe una proporción de pacientes con SDRA severo que evolucionan con progresivo fallo respiratorio (o cardiorespiratorio) y mueren, incluso aunque su enfermedad pulmonar subyacente sea potencialmente reversible. Es en estas circunstancias cuando el ECMO proporciona un periodo de soporte respiratorio, y cardiaco si fuera necesario, que permite reposo pulmonar facilitando su recuperación.
La actual pandemia por virus influenza H1N1 ponen de manifiesto la necesidad de este tipo de tecnologías para la proporción de pacientes que desarrollan síndrome de distrés respiratorio agudo (SDRA). La SDRA implica:
- PaO2/FiO2 menor o igual a 200 mmHg (26,7kPa)
- Infiltrado pulmonar bilateral en la radiografía de tórax.
- Presiones de aurícula izquierda No elevadas.

## 5 Bibliografía

1. Segura S, Cambra FJ, Moreno J, Thió M, Riverola A, Iriondo M, Mayol J, Palomeque J; ECMO: Experiencia en edad pediátrica; An Pediatr;2009: 70 (1); 2-9.
2. Domínguez E, Salas G, Valdés M, Rubio C, Bellani P, Rodas P, Fariña D; Oxigenación por Membrana Extracorpórea (ECMO): Experiencia en una Unidad de Cuidado Intensivo Neonatal; Arch. Argent. Pediatr.; 2012;110 (5): 404-411.
3. Borisenko O, Wylie G, Payne J, Bjessmo S, Smith J, Yonan N et al;Thoratec centrimag for temporary of refractory cardiogenic shock orsevere cardiopulmonary insufficiency: A sistematic literatura review and
Meta-analysis of observational studies; ASAIO Journal; 2014.
4. Díaz R; Fajardo C; Rufs J; Historia del ECMO (Oxigenación por membrana extracorpórea o soporte vital extracorpóreo); Rev. Med. Clin.Condes; 2017; 28(5): 796-802.
5. Jayaraman A, Cormican D, Shah P, Ramakrishna H; Cannulation Strategies in

Adult Veno-arterial and Veno-venous Extracorporeal Membrane Oxygenation: Techniques, Limitations, and Special
Considerations; Ann. Card. Anaesth.; 2017; 20(1): 11-18.
6. López Sánchez M; Ventilación mecánica en pacientes tratados con membrana de oxigenación extracorpórea (ECMO); Med. Inten.; 2017; 41(8): 491-496.
7. López Sánchez M; Factores asociados a mortalidad en pacientes tratados con membrana de oxigenación extracorpórea (ECMO) en el trasplante de pulmón [tesis doctoral]; Santander; 2017.

## Capítulo 57

# ENFERMERIA: BALÓN DE CONTRAPULSACIÓN

PARASCHIVA AMBROZE

MARIA JOSE FERNANDEZ RELUCIO

ANA CRISTINA SERRANO GUDE

PILAR ZAMORA ALCÁZAR

CRISTINA OLMEDO PINTADO

## 1 Introducción

El balón de contrapulsación o balón intraaórtico (BIAC) es un dispositivo que se usa en patologías cardiológicas críticas como soporte circulatorio. Su utilización proporciona al paciente el apoyo necesario para conseguir su estabilidad hemodinámica.

Hoy en día, es el dispositivo de asistencia ventricular más usado gracias a su manejo sencillo y su funcionamiento, además, a todo lo anterior se le suma los excelentes resultados que se obtienen.

Los efectos favorecedores del balón se fundan en el principio de la "contrapulsación", donde la sangre es expulsada o desplazada "fuera de la fase del ciclo cardiaco normal".

Se trata de la colocación de un dispositivo compuesto por un catéter con un globo alargado en su extremo, habitualmente de látex, en la arteria aorta descendente, es decir, intraaórtico, a través de la punción de la arteria femoral. Este balón se

infla y se desinfla mediante un gas noble, generalmente Helio, coordinadamente con los latidos cardiacos .
El correcto funcionamiento de este se controla desde una consola externa conectada al balón.
El procedimiento de la técnica se realiza en un quirófano cuando es necesaria una disección vascular por complejidad anatómica o el paciente no sea capaz de recuperar completamente el funcionamiento cardiaco tras una intervención quirúrgica, o bien en la unidad de cuidados intensivos cardiacos (UVI) o en la sala de Hemodinámica. El procedimiento no requiere de anestesia general, aunque el paciente suele estar sedado de manera superficial para una mayor relajación. a forma de inserción más frecuente, rápida y con menor riesgo es mediante punción percutánea con anestesia local (generalmente lidocaína al 2%) mediante la técnica de Seldinger, colocando la guía en la aorta descendente y avanzando posteriormente a través de esta el balón de contrapulsación, dejándolo colocado en la zona distal de la arteria subclavia.

## 2 Objetivos

- Objetivo principal:
Describir las indicaciones y el funcionamiento del balón de contrapulsación intraaórtico.
- Objetivos secundarios:
Describir los beneficios y las contraindicaciones del uso del balón de contrapulsación intraaórtico.

## 3 Metodología

Para llevar a cabo dicha revisión bibliográfica se ha realizado una búsqueda se utilizaron como base de datos Pubmed, Lilacs, SciELO, Elsevier, revistas de enfermería como información de la Sociedad Española de cardiología y la Fundación Española del corazón. Utilizándose como palabras claves: “balón intraaórtico de contrapulsación”, “asistencia mecánica circulatoria”, “shock cardiogénico”, “cuidados de enfermería”, estableciendo diferentes combinaciones de búsqueda mediante los operadores booleados “AND” y “OR”.
En la búsqueda se incluyeron todos los artículos y documentos relacionados con el balón de contrapulsación intraaórtico.

# 4 Resultados

- Indicaciones:
En base a la evidencia científica recogida por la Sociedad Española de Cardiología las indicaciones aceptadas hoy en día para la implantación del BCIAo son:
• Insuficiencia cardiaca aguda con signos de bajo gasto de causa isquémica, sin fracaso multiorgánico establecido, para apoyo y estabilización periprocedimiento de revascularización coronaria.
• Insuficiencia cardíaca aguda o crónica, refractaria a tratamiento inotrópico, como paso a una terapia posterior (recuperación, otro tipo de asistencia, trasplante cardiaco, etc)
• Complicaciones mecánicas del infarto, sobretodo en comunicación interventricular e insuficiencia mitral severa por rotura de músculo papilar.
• Intervencionismo coronario percutáneo en síndrome coronario agudo de alto riesgo complicado con inestabilidad hemodinámica y/o eléctrica.
• Angina de pecho inestable refractaria. La utilización del BIACP en este caso está basado en un aumento de la perfusión coronaria (más oxígeno), sumado a la disminución del trabajo cardiaco.
• Arritmias refractarias que no responden al tratamiento habitual (farmacológico o ablación).
• Descarga ventricular izquierda en pacientes con síndrome coronario manejados mediante dispositivo de soporte ventricular con membrana de oxigenación extracorpórea.
Existen indicaciones menos frecuentes:
• Se han documentado casos de su utilización en sujetos sanos que han sufrido una parada cardíaca intrahospitalaria con infarto de miocardio.
• En cirugías no cardíacas se ha empleado de forma aislada el BIACP por inestabilidad hemodinámica o lesiones coronarias no revascularizables. Sin embargo, no puede recomendarse su uso de forma general.
• En estudios experimentales, así como en clínica, se ha colocado en la arteria pulmonar como método de corta duración en pacientes con fracaso agudo de ventrículo derecho.
- Funcionamiento:
El funcionamiento del balón se controla desde una consola externa que va conectada al catéter del balón. El objetivo de este dispositivo es facilitar la expulsión de la sangre desde el corazón hacia la arteria aorta y aumentar la presión diastólica, dado que este es el factor más importante para la circulación coronaria en el corazón.

El hinchado del balón se sincroniza con la actividad del corazón, de manera que durante la sístole el balón se encuentra desinflado, permitiendo la salida de sangre desde el VI a la aorta, y durante la diástole, coincidiendo con el cierre de la válvula aórtica (inicio de la diástole) tendrá lugar el inflado del balón. Es en este momento cuando tiene lugar el "principio" de la contrapulsación, aumentando la presión arterial diastólica, lo que conlleva el aumento de flujo de sangre a nivel de las arterias coronarias y la mejora de la función cardíaca por el aumento de la perfusión del corazón.

El ciclado dependerá del estado hemodinámico y de las necesidades del paciente en ese momento, pudiendo ser 1:1, que significa que cada latido del corazón estará asistido con el inflado del balón, 1:2 (por cada dos latidos el balón se infla una vez) y así sucesivamente. Se recomienda empezar con el ciclado 1:2 para comprobar si se cumplen los objetivos de la contrapulsación previamente expuestos.

- Beneficios y contraindicaciones:

- Beneficios:

La amplia experiencia sobre el beneficio clínico y hemodinámico en numerosos pacientes en la práctica clínica cotidiana hace especialmente importante progresar en la definición del escenario idóneo para su utilización; son situaciones potencialmente favorables en el paciente con deterioro hemodinámico en sus fases más incipientes o el paciente inestable con lesiones coronarias residuales en los que se planea una revascularización en segundo tiempo.

Algunos de los efectos hemodinámicos positivos del balón intraórtico:

• Incremento de la presión arterial media
• Disminución de la postcarga
• Incremento de la presión de perfusión coronaria
• Disminución del trabajo cardiaco
• Disminución del consumo de oxígeno.
• Disminución de los volúmenes sistólico y diastólico final de ventrículo izquierdo.
• Disminución del stress de pared ventricular.

Postcarga: es la presión de la pared miocárdica necesaria para vencer la resistencia o carga de presión que se opone a la eyección de sangre desde el ventrículo durante la sístole .

- Contraindicaciones:

Está contraindicado en aquellos pacientes con insuficiencia aórtica, puesto que podría darse un empeoramiento de la regurgitación, tampoco en aquellos en los que esté evidenciado o se sospeche disección aórtica o aneurisma de la aórta torácica, ya que podría aumentar la disección o llevar a la rotura de la aórta.

El balón intraaórtico insertado de manera percutánea debe evitarse en presencia de enfermerdades vasculares periféricas graves, puede dar lugar a una embolia con isquemia en dicha extremidad o una trombosis intravascular.
Otras de las contraindicaciones que encontramos es la presencia de injertos femoropoplíteos bilaterales debido a su colocación por vía percutánea, así mismo, pacientes con injertos aortofemorales si son unos de los candidatos.
Se debe tener en cuenta la colocación de dicho balón en pacientes con septicemia o alteraciones de coagulación graves, siendo primordial una valoración previa

## 5 Discusión-Conclusión

Es imprescindible que los profesionales de enfermería obtengan una adecuada formación para poder prevenir posibles complicaciones y llevar acabo cuidados de alta calidad en el manejo y funcionamiento del balón. Se debe tener en cuenta que dichos profesionales son los encargados de llevar a cabo los cuidados tanto en la implantación, mantenimiento, como en la retirada del balón de contrapulsación, caben destacar los principios de asepsia en cualquier momento de la manipulación del mismo, conocer la anatomía cardiovascular, monitorización del paciente y conocimientos sobre la contrapulsación. Es importante de igual forma controlar y paliar el dolor del paciente, así como la ansiedad, control de signos vitales, extracción de sangre, control diuresis

## 6 Bibliografía

1- Rodriguez A, Nuñez P, Calzada N, Motta J, Pichel D, Arrocha A. Balón de contrapulsación intra-aórtico, una alternativa en el manejo del paciente cardiológico críticamente enfermo. Rev. Costarric Cardiol. 2000(2);2.
2- Kantrowitz A, Tjonneland S, Freed PS, Phillips SJ, Butner AN, Sherman JL Jr. Initial clinical experience with intraaortic balloon pumping in cardiogenic shock. JAMA. 1968 Jan 8;203(2):113-8
3- Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Balón Intraaórtico de contrapulsación. [Internet]. Comunidad de Madrid. Disponible en: http://www.madrid.org/cs/Satellite?blobcol=urldata&blobheader=application%2Fpdf&blobheadername1=Content-disposition&blobheadername2=cadena&blobheadervalue1=filename%3DBALON+INTRAAORTICO+DE+CONTRAPULSACION.pdf&blobheadervalue2=language%3Des%26site%3DHospitalGregorioMaranon&blobkey=id&blobtable=MungoBlobs&blobwhere=1352809020890&ssbinary=true

4- Sociedad Española de Cardiología. Balón de Contrapulsación Intraaórtico. Estándar de calidad SEC. Procedimiento [Internet]. Madrid:2017. Disponible en: https://secardiologia.es/images/SEC-Excelente/BCIAo_Procedimiento_Final.pdf
5- Centella Hernández T. El balón intraaórtico de contrapulsación como método de asistencia ventricular. Cir Cardiov. 2009; 16(2):113-8
6- Sociedad Española de Cardiología. Balón de Contrapulsación Intraaórtico. Estándar de calidad Sec. Procedimiento [Internet]. Madred: 2017. Disponible en: https://secardiologia.es/images/SEC-Excelente/BCIAo_Procedimiento_Final.pdf
7- Hernández-Estrada S, González Chon O, García S, Arriaga Gracía J. Balón intraaórtico de contrapulsación (BIAC). Efecto hemodinámicos e indicaciones. Medigraphic. 2007; 14 (2): 64-70
8- Fundación Española Del corazón .Balón Intraortico ( internet).Madrid.Fundación Española Del corazón ; 2018( citado el 24 de noviembre de 2018) disponible en : https://fundaciondelcorazon.com/informacion-parapacientes/tratamientos/balon-intraaortico.html
9- Gallego López JM, Carmona Simarro JV, Soliveres Ripoll J, Gans Llorens FJ. Balón de contrapulsación intra-aórtico (BCIA): Conceptos y cuidados de enfemería. Rev Enferm Cardiol. 2003; 28: 35-39.

## Capítulo 58

# EDUCACIÓN PARA LA SALUD A PROPÓSITO DE INTERVENCIÓN MEDIO AMBIENTAL CON ESCOLARES (6 A 12 AÑOS)

VICTAR ARCOS CIORRAGA

JOSE ESTEBAN ZAPATA LOPEZ

NATALIA DEL FRESNO LÓPEZ

M. DOLORES BAOS ARANDA

NOELIA DELGADO ARROYO

## 1 Introducción

Marc Lalonde, abogado y político canadiense, publicó en 1974 el que fue conocido como "Informe Lalonde", donde se exponía la salud con una visión holística, compuesta por 4 determinantes de salud: entorno, estilos de vida, biología humana y sistemas de salud. La biología humana es el determinante sobre el que menos se puede influir, también el sistema de salud está más limitado en este aspecto, en cambio, el entorno y los estilos de vida son más fácilmente modificables para la adquisición de hábitos saludables.

En la edad escolar, que abarca de los 6 a los 12 años, hay un claro interés por el reconocimiento del mundo exterior que nos rodea, se va adquiriendo mayor inde-

pendencia de los padres y se comienza a tomar conciencia de responsabilidad, así como a sentirse miembro de la comunidad comenzando a entablar las primeras relaciones sociales. También las destrezas manuales se desarrollan hasta dominar la motricidad fina, a los niños y niñas de esta edad les gusta mucho realizar trabajos manuales, y la actividad física es un indispensable.

Las actividades grupales favorecen el autoconocimiento, comunicación y sociabilización, así como la fortaleza y seguridad por sentimiento de pertenencia a un grupo. Son útiles como herramienta para proporcionar educación en salud y promocionar el medio ambiente.

## 2 Objetivos

-Poner de manifiesto la necesidad de actuación sobre el entorno para promover hábitos de vida saludable
-Concienciar acerca de los beneficios de actuar con colectivos y no solo de manera individual

## 3 Caso clínico

Se desarrolla este trabajo como parte de un programa de salud con intervenciones sobre la comunidad: (NIC 5510 Educación sanitaria). Los NOC que medirán nuestros resultados son:
1703 Creencia sobre la salud: recursos percibidos
0108 Desarrollo infantil: infancia media
2808 Efectividad del programa comunitario.

Se trata de un grupo de 40 niños y niñas de educación primaria de un colegio público de un municipio de menos de 2000 habitantes. El pueblo no es muy grande y todo el mundo se conoce de vista en mayor o menor medida. Todos los participantes van al mismo colegio, pero no siempre interactúan entre ellos porque suelen relacionarse más solo con los compañeros de clase.

Es un municipio rural con un pequeño núcleo de casas y en el extrarradio espacio natural por la proximidad al campo. Desde el ayuntamiento se están llevando a cabo obras de mejora en las infraestructuras de alumbrado y pavimentación de la periferia, además de aumento de zonas verdes con previsión de plantación de árboles ornamentales y de sombreo.

Se propone la participación de los escolares de 6 a 12 años para colaborar en la plantación, previa autorización firmada de los padres/tutores. Se programa un día de marzo para la actividad. Se prepara todo el material de jardinería necesario y nos desplazamos con los escolares recorriendo el camino a pie para fomentar el ejercicio. En el lugar elegido organizamos grupos más pequeños para facilitar la labor y cada uno queda tutorizado por un adulto. Previamente se habían cavado los hoyos para poner los árboles, los escolares participan activamente en la finalización de los hoyos, la incrustación de los árboles, el enterramiento de las raíces y posterior riego.
Durante la actividad se les ha explicado todo el proceso del cultivo y los cuidados que precisan los árboles, han aprendido acerca de la necesidad de mantener el entorno limpio y en condiciones óptimas para el desarrollo del ciclo vital de las plantas.

## 4 Discusión-Conclusión

Con la actividad de plantación de árboles en el grupo de edad temprana se ha conseguido fomentar la participación activa de todos los niños y niñas favoreciendo la consecución de metas en su desarrollo físico, cognitivo y psicosocial. El trabajo ha sido cooperativo, adultos y menores han socializado y ha habido retroalimentación entre ambas partes.

La jornada se ha desarrollado sin incidentes y tanto los niños y niñas como los adultos responsables de la actividad han compartido tiempo y dedicación por un bien común, se ha comprendido la importancia del medio que nos rodea como parte de un elemento para la salud.

## 5 Bibliografía

-https://www.paho.org/es/heroes-salud-publica/honorable-marc-lalonde
-https://sepeap.org/la-estapa-escolar-en-los-ninos/
-https://www.nnnconsult.com

## Capítulo 59

# A PROPÓSITO DE UN CASO CLÍNICO: ESQUIZOFRENIA Y SÍNDROME DE DIÓGENES

MARTA ALAMEDA BLANCO

## 1 Introducción

Dadas las repercusiones que las interpretaciones delirantes de tipo paranoide tienen sobre el funcionamiento social, la autonomía y la calidad de vida de los pacientes con Esquizofrenia Paranoide, se requiere un abordaje multidisciplinar donde las enfermeras Especialistas en Salud Mental tienen un papel fundamental. Es preciso realizar una valoración de enfermería previa y detectar los problemas principales, estableciendo prioridades según el estado del paciente, más allá de centrarnos únicamente en el manejo de alucinaciones y delirios. Es imprescindible abarcar la salud en general.

Las personas que sufren esquizofrenia paranoide y presentan sintomatología psicótica, 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 diaria. 1

En el caso del síndrome de Diógenes, es un trastorno que se caracteriza por la conducta voluntaria de aislamiento, suponiendo una ruptura de las relaciones sociales y abandono en la nutrición, salud, higiene, a nivel personal y ambiental. Es frecuente la acumulación de basura, lo que provoca conflictos en la comunidad.

En ambos trastornos, Esquizofrenia Paranoide y Síndrome de Diógenes, es importante tener en cuenta la salud del paciente de manera integral, imprescindible para lograr la recuperación funcional.

## 2 Objetivos

Desarrollar el Proceso de Atención de Enfermería (PAE) de un paciente que diagnóstico de Esquizofrenia y Síndrome de Diógenes en el que se evidencie la importancia de un plan de cuidados integral en Salud Mental para alcanzar el máximo nivel de funcionalidad.

## 3 Caso clínico

Se elabora la valoración de enfermería utilizando la Taxonomía NANDA-NOC-NIC con el fin de detectar los problemas del paciente y establecer un plan de cuidados teniendo en cuenta las prioridades para reducir los riesgos sobre la salud orgánica del paciente y posteriormente trabajar la salud mental.

CASO CLÍNICO
FOTOGRAFÍA DEL PACIENTE
Hombre de 56 años, hijo único, padres fallecidos. En situación de desempleo. Reside sólo en su vivienda. En paro desde hace 10 años. Trabajó 20 años en la misma empresa pero tras ser despedido ha estado viviendo de sus ahorros.
Ha sido atendido con anterioridad por su Médico de Atención Primaria tras avisos que el propio paciente ha realizado, por conflictos con vecinos sugestivos de síntomas psicóticos.
Varias veces atendido por la UVI móvil por llamadas de vecinos y como consecuencia se han detectado las condiciones en las que vivía el paciente. Se activaron los servicios sociales que se hacen cargo de los trámites para solucionar los problemas de la vivienda (higiene y habitabilidad).
El último ingreso es motivado por la llamada que el propio paciente realiza a emergencias en la que refiere ideas de suicidio y las dificultades para poder llegar al hospital debido a la debilidad que sufre.
Carece de apoyo social.

VALORACIÓN DE ENFERMERÍA
1. PATRÓN DE PERCEPCIÓN CONTROL DE LA SALUD
T.A: 107/69, F.C: 62
Aspecto general descuidado pero aseado. Conciencia parcial de enfermedad. Conoce el diagnóstico reciente y lo acepta, pero no sabe precisar sintomatología referida al diagnóstico de esquizofrenia. Buena adherencia al tratamiento, acepta y cree necesaria la medicación. Conoce parcialmente la medicación que toma. Cree estar diagnosticado de "Síndrome de Diógenes". No mantiene seguimiento

ni continuidad en el Centro de Salud Mental. Refiere alergia a la penicilina, no contrastada en Historia Clínica. Actualmente no consume tabaco por falta de recursos económicos, antes de ingresar y cuando disponía de dinero solía fumar dos paquetes diarios, ha desarrollado cierta aversión al tabaco. Alcohol: Un licor diario, durante "muchos años". No consumo de otras drogas. Hipoacusia sensorial, desde la juventud.

2. NUTRICIONAL METABÓLICO:
Peso: 61 Altura: 175.6 cm. IMC: 21.19
Pérdida de peso gradual de más de un año de evolución por falta de ingresos y sustento económico de ningún tipo. Antes del ingreso, podía comer a la semana 2 pizzas. Ingresó en la unidad de agudos con desnutrición severa. Se le realizó reintroducción de alimentación progresiva hasta alcanzar un peso más acorde a sus necesidades. Se pautaron dos suplementos dietéticos en forma de batido al día y hierro oral durante 6 meses.
Come de forma ordenada y pausada, dieta basal rica en fibra.
Conocimientos deficientes con respecto a una alimentación saludable. No cocina, no ha cocinado nunca. Le gustaría aprender lo básico para poder prepararlo en casa.
Sequedad de piel y mucosas, se le ha proporcionado cremas hidratantes que se aplica regularmente. Presenta dermatitis y eccemas en cuero cabelludo y cara, en tratamiento con Brentan y gel antifúngico para el cabello.

3. ELIMINACIÓN:
No presenta incontinencia vesical ni intestinal.
Habitualmente deposición cada dos días, en tratamiento con Duphalac diario.

4. ACTIVIDAD-EJERCICIO
Expresión facial resonante, relajada. Expresión relajada, marcha enlentecida e inestable.
Refiere sentir hormigueos en la planta de los pies de larga data de evolución por mala circulación. En general presenta un patrón de actividad disminuido y empobrecido.
En la unidad entra a las actividades pero no es capaz de permanecer en ella hasta el final. Conducta desorganizada, sin meta clara.
Autónomo en ABVD de forma parcial, sabe realizar autocuidados de manera competente pero no lo hace con regularidad. Es necesario recordarle cambiado de ropa y ducha diaria.
Desempeño deficiente en AIVDS, no cocina, no limpia su casa.

5. SUEÑO-DESCANSO:
No insomnio de conciliación ni de mantenimiento. Le suelen molestar mucho los ruidos y se despierta. Comenta que si se duerme por el lado que escucha al taparle la almohada puede descansar mejor.
No refiere pesadillas. Percepción personal del sueño buena.

6. COGNITIVO-PERCEPTIVO:
Orientada en las tres esferas. Tendencia a la rumiación del pensamiento. Refiere fobia social, al hablar en público o exponerse ante un grupo grande de gente, comenta, que esto le pasa desde que era pequeño.

7. AUTOPERCEPCIÓN-AUTOCONCEPTO
Describe triste como su estado de ánimo más frecuente últimamente.
Refiere aceptación de la imagen corporal actualmente, antes del ingreso no se gustaba porque perdió mucho peso.
Tiene incertidumbre de lo que le deparará el futuro y si será capaz de hacerle frente. No ha verbalizado ideación autolítica en el momento presente.

8. ROL-RELACIONES
Hijo único, padres fallecidos. Refiere mala relación con ambos padres, los describe como autoritarios, críticos, poco cariñosos desde siempre, estrictos.
Escasas relaciones sociales. No ha conservado los amigos por frecuentes traslados de ciudad por el trabajo de su padre.

PATRON ADAPTACIÓN TOLERANCIA AL STRESS
Ante el aumento de ansiedad, se tumba en la cama e intenta relajarse, intenta dialogar, no se considera una persona agresiva, sino más bien calmada, evita el conflicto, no sabe cómo gestionarlo y muchas veces se paraliza.

OBJETIVOS DEL INGRESO
- Trabajo de la autoestima, aumentando la misma, participación en las interacciones sociales y disminución del miedo a la evaluación negativa en estos contextos.
- Favorecer su autonomía en el desarrollo de las ABVD.
- Recuperar el peso y estabilización de las variables de salud orgánicas.
- Mantener la activación conductual, identificar y participar en actividades de su interés.
- Caminar solo sin dispositivos de apoyo tras la recuperación física.
- Prevención de conductas de acumulación.
- Regreso al domicilio de cara al alta.

DIAGNOSTICOS NANDA2

NANDA
[00002] Desequilibrio nutricional: inferior a las necesidades corporales
NOC
[1004] Estado nutricional

Indicadores
[100401] Ingesta de nutrientes
Ingreso: 1
Alta: 5
[100411] Hidratación
Ingreso: 1
Alta: 4
[100405] Relación peso/talla
Ingreso: 1
Alta: 5
NIC
[1160] Monitorización nutricional
• Peso semanal del paciente. Se le hace partícipe de la actividad y la importancia de la misma.
• Obtener medidas antropométricas de la composición corporal (índice de masa corporal y perímetro abdominal).
• Identificar las anomalías de la piel (Piel seca, con descamaciones y dermatitis).
• Identificar las anomalías del pelo (seco, descamaciones en cuero cabelludo, caspa).
• Identificar las anomalías de la defecación (defecación irregular o dolorosa).
• Monitorizar la ingesta calórica y dietética. Tras analítica de sangre se detecta hipoproteinemia y anemia. Pauta de hierro vía oral y batidos hiperproteicos. Se le cambia a dieta normal, abundante rica en fibra.
• Monitorizar el tipo y cantidad de ejercicio habitual.
• Determinar los patrones de comidas (gustos y aversiones alimentarias.
• Identificar anomalías en las uñas.
• Evaluar la deglución. Faltan varias piezas dentarias. No se objetiva riesgo de atragantamiento.
• Identificar las anomalías de la cavidad oral.
• Evaluar el estado mental (sintomatología psicótica activa, depresión y ansiedad).

• Identificar las anomalías del sistema musculoesquelético (pérdida de masa muscular, artralgias, etc).
• Determinar los factores que afectan a la ingesta nutricional: conocimiento, disponibilidad y accesibilidad de productos alimenticios de calidad en todas las categorías de alimentos, capacidad de preparar los alimentos; aislamiento social, masticación inadecuada; deglución alterada; enfermedad periodontal, disminución del gusto; uso de drogas o fármacos; estados patológicos o posquirúrgicos).
NANDA
[00011] Estreñimiento
NOC
[0501] Eliminación intestinal
Indicadores
[50101] Patrón de eliminación
Ingreso: 2
Alta: 5
[50110] Estreñimiento
Ingreso: 2
Alta: 4
[100405] Relación peso/talla
Ingreso: 1
Alta: 5
NIC
[0430] Control intestinal
• Registro deposicional anotando frecuencia, consistencia, volumen y color.
• Monitorizar los signos y síntomas de diarrea, estreñimiento e impactación.
• Enseñar al paciente los alimentos específicos que ayudan a conseguir un ritmo intestinal adecuado.
• Evaluar el perfil de la medicación para determinar efectos secundarios gastrointestinales. En tratamiento con antidepresivos.

NANDA
[00053]Aislamiento social
NOC
[1504] Soporte social ayuda fiable de los demás
Indicadores
[150407] Refiere la existencia de personas que pueden ayudarle cuando lo necesita
Ingreso: 1
Alta: 4

NIC
[5440] Aumentar los sistemas de apoyo
• Calcular la respuesta psicológica a la situación y la disponibilidad del sistema de apoyo.
• Animar al paciente a participar en las actividades sociales y comunitarias.
• Fomentar las relaciones con personas que tengan los mismos intereses y metas.
• Proporcionar los servicios con una actitud de aprecio y de apoyo.

NANDA
[00069] Afrontamiento ineficaz
NOC
[1302] Afrontamiento de problemas
Indicadores
[130218] Refiere aumento del bienestar psicológico
Ingreso: 2
Alta: 5

[130212] Utiliza estrategias de superación efectivas
Ingreso: 2
Alta: 4

NIC
[5440] Aumentar los sistemas de apoyo
• Ayudar al paciente a descomponer los objetivos complejos en etapas pequeñas y manejables.
• Fomentar las relaciones con personas que tengan intereses y objetivos comunes.
• Valorar la comprensión del paciente del proceso de enfermedad.
• Proporcionar al paciente opciones realistas sobre ciertos aspectos de los cuidados.
• Animar al paciente a desarrollar relaciones.
• Fomentar las actividades sociales y comunitarias.
• Confrontar los sentimientos ambivalentes del paciente (enfado o depresión).
• Apoyar el uso de mecanismos de defensa adecuados.
• Alentar la verbalización de sentimientos, percepciones y miedos.
• Animar al paciente a identificar sus puntos fuertes y sus capacidades.
• Disminuir los estímulos del ambiente que podrían ser malinterpretados como amenazadores.
• Valorar las necesidades/deseos del paciente de apoyo social.
• Ayudar al paciente a identificar sistemas de apoyo disponibles.

• Determinar el riesgo del paciente para hacerse daño.
• Proporcionar un entrenamiento en habilidades sociales adecuadas.
• Ayudar al paciente a identificar estrategias positivas para afrontar sus limitaciones y manejar los cambios de estilo de vida o de papel.

NOC
[1211] Nivel de ansiedad
Indicadores
[121117] Ansiedad verbalizada
Ingreso: 1
Alta: 4

[121114] Dificultades para resolver problemas
Ingreso: 1
Alta: 4

NIC
[5880] Técnica de relajación
[5230] Mejorar el afrontamiento
[5820] Disminución de la ansiedad
• Utilizar un enfoque sereno que de seguridad
• Tratar de comprender la perspectiva del paciente sobre una situación estresante.
• Proporcionar información objetiva respecto del diagnóstico, tratamiento y pronóstico.
• Animar la manifestación de sentimientos, percepciones y miedos.
• Establecer actividades recreativas encaminadas a la reducción de tensiones.
• Ayudar al paciente a identificar las situaciones que precipitan la ansiedad.
• Apoyar el uso de mecanismos de defensa adecuados.
• Ayudar al paciente a realizar una descripción realista del suceso que se avecina.
• Determinar la capacidad de toma de decisiones del paciente.
• Instruir al paciente sobre el uso de técnicas de relajación.
• Administrar medicamentos que reduzcan la ansiedad, según corresponda.
• Observar si hay signos verbales y no verbales de ansiedad.

EVOLUCIÓN Y CAMBIOS OBSERVADOS
• Realiza aseo diario y se supervisa de manera aleatoria. Aseo, arreglo personal y del entorno adecuado.
• Se corta el pelo y la barba. Reconoce mejora de su aspecto físico y muestra satisfacción por los cambios.

• Mantenemos supervisión de cambio de ropa. Mantiene orden de habitación y no se objetivan conductas de acumulación.
• Acude regularmente al programa de ejercicio físico de la unidad. Consigue marcha estable tras activación y fomento de los paseos con personal de la unidad. Ha dejado la silla de ruedas en la que se apoyaba para poder deambular.
• Tras estabilizarse niveles de hierro y valores compatibles con una adecuada nutrición (según datos bioquímicos y antropométricos), cambia a dieta basal. No precisa suplemento de batidos hiperproteicos ni hierro vía oral. IMC de 22.15. Normopeso.
• Tras ajuste farmacológico y aumento de la movilidad se corrige estreñimiento, por lo que deja de solicitarse dieta rica en fibra y se suspende tratamiento laxante.
• Dermatitis en zona peri nasal y retroauricular. Se mantiene ante brote de dermatitis aplicación de tratamiento cada 12 horas. En cuero cabelludo aplicamos antifúngico 2 veces por semana. Conoce el tratamiento y se lo aplica en función de estado de lesiones dérmicas.
• Diagnóstico de hipoacusia tras consulta con especialista. Se tramitan las ayudas necesarias para disponer de audífonos.
• Acude a las actividades de Educación para la salud sobre alimentación saludable. Falta de varias piezas dentales. No riesgo de atragantamiento. Adecuada masticación de los alimentos.
• Se mantiene el control de T/A semanal, correctas cifras tensionales. Mantiene sequedad en la piel. Participa en su hidratación. Realizar educación sanitaria en relación a los fármacos pautados.
• Se tramitan las ayudas y apoyos en domicilio, se activan servicios sociales de base.
• El propio paciente solicita la tutela económica ante las dificultades para la gestión de la misma. La experiencia y el sufrimiento vital experimentado por las dificultades en el manejo del dinero han sido las causas de esta demanda por parte del paciente.
• Alta a su domicilio.

## 4 Discusión-Conclusión

Tras la elaboración del presente trabajo ponemos en evidencia la repercusión que las ideas delirantes tienen en el funcionamiento de los pacientes a nivel social.
El papel de la Enfermera Especialista en Salud Mental es fundamental no solo en el manejo de alucinaciones y delirios propios de su diagnóstico, sino también en los cuidados de salud en general.

El aislamiento social es uno de los diagnósticos de Enfermería más frecuentes en pacientes con estas patologías y la comunidad juega un papel importante ayudando a la integración de estos pacientes, luchar contra el estigma, y servir como fuente de información en situaciones conflictivas.
Desde la Unidad de Larga Estancia y tras la estabilización de paciente se han puesto en marcha todos los dispositivos sociosanitarios que garanticen la atención y la continuidad de los cuidados del paciente.

## 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. NNNConsult[Internet].Barcelona:Elsevier [actualizado 2014; citado 6 feb 2022]. Disponible en: http://www.nnnconsult.com/

## Capítulo 60

# ENFERMERIA TERAPIA AVANZADA EN EL TRATAMIENTO DE HERIDAS CRÓNICAS: EFECTIVIDAD DEL PLASMA RICO EN PLAQUETAS (PRP)

MARTA GONZÁLEZ MOHÍNO SÁNCHEZ MONTAÑÉS

TRINIDAD JIMENEZ DE LOS GALANES SÁNCHEZ

RAQUEL LUNA PARRILLA

ELENA MALAGÓN SALCEDO

SANDRA GONZALEZ PARIENTE MARTIN SERRANO

## 1 Introducción

Las heridas crónicas constituyen un problema de salud que en la actualidad afecta a una amplia población, pudiendo ocasionar graves repercusiones a nivel psicosocial y económico. El plasma rico en plaquetas (PRP) es una técnica extendida en múltiples campos de la medicina, con uso descrito en una amplia variedad de patologías y situaciones clínicas.

El plasma rico en plaquetas se define por contener una concentración de plaquetas superior a la basal en sangre periférica. Las plaquetas, además de su papel imprescindible en la cascada de la coagulación, almacenan en su interior proteínas esenciales en la cicatrización. El plasma también posee moléculas bioactivas que estimulan la migración, proliferación, diferenciación y metabolismo

celular. Su uso en el manejo de las úlceras crónicas, representa una alternativa de tratamiento con eficacia demostrada in vivo e in vitro.
En el momento actual, se pueden encontrar en el mercado múltiples métodos de obtención de plasma rico en plaquetas, con sus respectivos kits de desechables. Dependiendo del sistema empleado, las concentraciones de plaquetas, leucocitos, eritrocitos y factores de crecimiento pueden variar.
El plasma rico en plaquetas contiene una elevada concentración de plaquetas y moléculas bioactivas que estimulan la regeneración tisular. Por ello, se presenta como una alternativa que se suma al tratamiento de las heridas crónicas.

## 2 Objetivos

Conocer la efectividad del uso del plasma rico en plaquetas en el tratamiento de las heridas crónicas sobre todo aquellas de mala evolución .

## 3 Metodología

Se realizó una revisión bibliográfica en las siguientes bases de datos: Dynamed, Uptodate, Joanna Briggs Institute, Cochrane, CINAHL, Cuiden, Dialnet y Guías de Práctica Clínica de RNAO y NICE. En el metabuscador TRIPDATABASE. El periodo de estudio fue de 2010 a 2021. Las palabras clave fueron “platelet rich plasma” y “chronic wound”. Como operador booleano se utilizó “AND”. Se excluyeron los documentos sobre PRP en otras aplicaciones. La búsqueda se realizó desde enero a junio de 2021.

## 4 Resultados

Las heridas crónicas con mala evolución con manejo convencional representan un problema de salud muy prevalente, con un importante impacto psicosocial en los pacientes y sus familias y por supuesto un gran gasto sanitario. Entre los factores que se han involucrado en la promoción de la cronicidad de estas lesiones se encuentran el déficit de factores de crecimiento y la producción de fibrina deficiente. Aunque es imposible predeterminar la magnitud del efecto estimulador del proceso de curación de las heridas mediante el empleo de plasma rico en plaquetas, por la gran variabilidad interindividual y la influencia de factores propios de cada caso y de cada herida en particular, lo que sí está científicamente demostrado es la correlación estadísticamente significativa entre la aplicación del

mismo y el acortamiento temporal del proceso, gracias a su riqueza en factores de crecimiento, y a sus propiedades mitogénicas y quimiotácticas.
Es una alternativa de tratamiento efectiva en heridas crónicas de tórpida evolución y refractarias a otros tratamientos, sobre todo en úlceras de pie diabético.
Contribuye a la regeneración tisular, mejora de la calidad de vida y reducción del dolor en los pacientes. Resulta una herramienta útil, de fácil aplicación y económica. Por otro lado, una revisión sistemática refleja que no está clara su efectividad en úlceras no diabéticas y que es necesario la realización de más estudios y evidencia de mayor calidad.
Por último, una guía de práctica clínica sólo recomienda su uso para el tratamiento de pie diabético si es dentro de un ensayo clínico.

## 5 Discusión-Conclusión

El método de regeneración tisular basado en la aplicación de plasma rico en plaquetas se plantea como una alternativa a tener en cuenta, más aun en aquellos casos donde los tratamientos convencionales resulten ineficaces. Se trata de una terapia avanzada de la que se dispone para el manejo de las heridas de larga evolución. Requiere de una técnica de fácil aplicación, bajo coste e inocua para el paciente. Sin embargo, y pese a esto se ha de tener en cuenta que es un tratamiento novedoso por lo que se requiere más evidencia para la extensión de su uso a más pacientes.

## 6 Bibliografía

1.Martínez-Zapata MJ, Martí-Carvajal AJ, Solá I, Expósito JA, Bolíbar I,Rodríguez L et al. Autologous platelet-rich plasma for treating chronic wounds. Cochrane Database Of Systematic Reviews 2016, Issue 5. Art.No: CD006899. [Internet].2016[Última consulta: febrero 2021]. Disponible en: http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD006899.pub3/abstract;jsessionid=F010C6781D05F237678E26119F29FB81.f04t02.
2.Dougherty EJ. An evidence-based model comparing the cost-effectiveness of platelet-rich plasma gel to alternative therapies for patients with nonhealing diabetic foot ulcers. Advances in Skin and Wound Care 2008; 21 (12): 568-575. [Internet].2012. [última consulta: febrero 2021]. Disponible en: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19065083
Villela DL, Santos VL. Evidence on the use of platelet-rich plasma for diabetic ulcer: a systematic review. Growth Factors 2010; 28(2): 111-116[Internet] [última

consulta: febrero 2021]. Disponible en: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20001406/.

## Capítulo 61

# ENFERMERÍA EN EL POSTOPERATORIO DE LA PACIENTE MASTECTOMIZADA

MARTA GONZÁLEZ MOHÍNO SÁNCHEZ MONTAÑÉS

TRINIDAD JIMENEZ DE LOS GALANES SÁNCHEZ

RAQUEL LUNA PARRILLA

ELENA MALAGÓN SALCEDO

SANDRA GONZALEZ PARIENTE MARTIN SERRANO

## 1 Introducción

El cáncer de mama es el tumor maligno más frecuente entre las mujeres a nivel mundial en el año 2020. En el año 2021 se diagnosticaron 33375 nuevos casos de cáncer de mama, según estimaciones de la Red Española de Registro de cáncer. Según diversas fuentes, se calcula que 1 de cada 8 mujeres españolas lo padecerá en algún momento de su vida. Además, se estima que el cáncer de mama en mujeres españolas ha supuesto en el año 2020, 6606 muertes, un 14,6% del total de las muertes por cáncer. Es por ello que la prevención primaria para un diagnóstico precoz es esencial. Es muy importante instruir a las mujeres para que realicen una adecuada autoexploración mamaria y que sepan detectar cualquier signo de alarma que pueda llevar al diagnóstico del cáncer de mama. Un diagnóstico en las primeras fases de instauración del cáncer es crucial.

La mujer diagnosticada de cáncer de mama sufre un impacto tanto a nivel físico como emocional, pues ve cómo su cuerpo va a sufrir un gran cambio y, además, no sabe cómo puede evolucionar la enfermedad, pese a los tratamientos avanzados de los que se dispone actualmente. El diagnóstico, la cirugía y el tratamiento son momentos críticos. A consecuencia de ellos la mujer sufre un cambio en su estilo de vida, tanto a nivel personal como laboral.

## 2 Objetivos

Describir los cuidados de enfermería que necesita una mujer mastectomizada, tanto desde el punto de vista físico como el abordaje psicológico a propósito de un caso.

## 3 Caso clínico

A.B. es una paciente de 40 años que ha sido recientemente diagnosticada de cáncer de mama izquierdo con diseminación ganglionar. Se decide realizar cirugía programada para realizar mastectomía izquierda y vaciamiento axilar con reconstrucción mediante implantación de prótesis mamaria.
Tras realizar la cirugía y llegar a la planta hospitalaria, la paciente es portadora de
2 drenajes de tipo redón con contenido hemático retenido y apósito compresivo. Inicia tolerancia oral a las 8 hrs de la intervención quirúrgica. A las 24 hrs de la cirugía , la paciente presenta un hematoma en el brazo izquierdo así como en la zona de la mastectomía izquierda, y los drenajes tienen un contenido hemático retenido moderado. Su TA es de 80/ 40 mm Hg. Se realiza analítica sanguínea y se objetiva un descenso en la Hb a 7,5 g/dl. La paciente es intervenida para drenar el hematoma. Cuando vuelve a planta, la paciente sigue portando los 2 redones y sus valores tensionales no han mejorado.
Tras 2 dias, se transfunden 2 concentrados de hematíes, y se realiza control mediante extracción de sangre, viéndose que los valores de Hb han mejorado. Además, el hematoma superficial ha disminuido, gracias a la utilización de un vendaje compresivo.
Durante estos días, la paciente se muestra animada a ojos de su familia, pero cuando habla con el personal de enfermería se muestra preocupada , pues hace 3 años pasó por un cáncer de mama derecho, por lo que sabe las consecuencias y cómo es el postoperatorio inmediato. Además , es sanitaria, por lo que tiene conocimientos acerca de la enfermedad.

Pese a mostrarse fuerte, termina derrumbándose, lo que supone otro bache para su recuperación. El personal de enfermería se muestra muy preocupado y en todo momento la apoya.
Tras 10 días de ingreso, la paciente se va de alta, muy agradecida por los cuidados que se le han brindado.

## 4 Discusión-Conclusión

El abordaje del cáncer de mama debe hacerse siempre desde la perspectiva holística. Supone un importante impacto para la mujer a nivel físico y psíquico, así como para su familia.
La mastectomía supone un gran impacto a nivel físico y más aún psicológico.
La mujer ve cómo pierde una parte de su cuerpo que es símbolo de "feminidad", incluso de "fecundidad". Además el diagnóstico de la enfermedad de cáncer es aún más importante en el caso de la paciente diagnosticada de cáncer de mama.
Por estos motivos, las enfermeras deben proporcionar unos cuidados específicos, mediante escucha activa, y mostrando empatía con la paciente y su situación.

## 5 Bibliografía

1. Las cifras del cáncer en España en 2021. SESCAM.

## Capítulo 62

# SITUACIONES QUE GENERAN ESTRÉS A LOS ALUMNOS DE ENFERMERÍA DURANTE LAS PRÁCTICAS

MARTA GONZÁLEZ MOHÍNO SÁNCHEZ MONTAÑÉS

TRINIDAD JIMENEZ DE LOS GALANES SÁNCHEZ

RAQUEL LUNA PARRILLA

ELENA MALAGÓN SALCEDO

SANDRA GONZALEZ PARIENTE MARTIN SERRANO

## 1 Introducción

Según Lazarus y Folkman (1986), el estrés se puede definir como "aquella relación particular entre la persona y el ambiente, que es valorada por parte del individuo, como un esfuerzo excesivo o que va más allá de sus recursos, haciendo peligrar su bienestar". Actualmente, la Organización Mundial de la Salud (OMS) lo define como "el conjunto de reacciones fisiológicas que prepara el organismo para la acción". El estrés se produce, en resumen, cuando una persona no tiene capacidad de adaptarse y afrontar una situación, y es algo que está muy presente en nuestro día a día en la sociedad en la que vivimos. Éste repercute de manera negativa en nuestras vidas, y puede pasar incluso desapercibido cuando estamos acostumbrados a sufrirlo.

El término Burnout, también conocido como SQT (Síndrome de estar Quemado por el Trabajo) hace referencia al estrés en el ámbito laboral, se comenzó a usar a partir del último cuarto del siglo XX. El concepto de Burnout fue descrito por primera vez por Freudenberg en 1974, quien lo definió como "una sensación de fracaso y una experiencia agotadora que resulta de una sobrecarga por exigencias de energía, recursos personales o fuerza espiritual del trabajador". Este concepto sufrió una gran evolución a lo largo del tiempo, pero la definición más consolidada llegó en 1981, de la mano de Maslach y Jackson, que consideraron que el Burnout o SQT era una respuesta inadecuada a un estrés crónico en el trabajo, que se caracteriza por cansancio, despersonalización y falta de realización personal en el trabajo.

Analizando las diferentes definiciones de estrés que existen, se podría definir el estrés durante las prácticas clínicas en los alumnos de enfermería como aquellas situaciones (estresores), en las que los estudiantes se ven envueltos durante las prácticas, que sobrepasan su capacidad de adaptación y afrontamiento, produciéndose por consiguiente una respuesta fisiológica acompañada de emociones desagradables, como la ansiedad, con todas las consecuencias que esto lleva asociado.

Teniendo en cuenta que las prácticas clínicas tienen un desarrollo prácticamente idéntico a una jornada laboral, por el número de horas y las tareas y obligaciones que se llevan a cabo, los alumnos podrían desarrollar un síndrome similar al Burnout.

## 2 Objetivos

- Conocer cuáles son los principales estresores que afectan a los estudiantes de enfermería.
- Conocer cuán estresantes resultan las prácticas para los estudiantes de enfermería.

## 3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y 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 la totalidad de los estudios consultados se observa que los estudiantes de enfermería sienten un nivel de estrés alto en cuanto a la realización de las prácticas, percibiendo las mismas como algo bastante estresante. La literatura también describe que esto es algo normal, pues hay ciertas situaciones en las prácticas que no son controlables, aunque por el contrario hay otras situaciones que sí pueden ser evitables, y con eso se reduciría la sensación de estrés de los alumnos.
Las situaciones o estresores que más estrés producen a los alumnos son "hacer mal mi trabajo y perjudicar al paciente", "confundirme de medicación" y "pincharme con una aguja infectada". Como se puede ver, los dos estresores más comunes hacen referencia a situaciones relacionadas con hacer daño al paciente, y el tercero está relacionado con dañarse a sí mismo tratando al paciente. Estos resultados observados en la literatura se asemejan normales y, puesto que nunca se puede suprimir al 100% el riesgo de vivir esas situaciones, no se puede hacer desaparecer el estrés que supone enfrentarse a ellas. Aun así, se podría reducir, en parte, profundizando durante las clases en los principios básicos de administración de medicación y dando a los alumnos más formación en cuanto a prevención de riesgos laborales.
La literatura consultada también deja ver que el factor que más estrés produce es la falta de competencia, seguido por el factor impotencia e incertidumbre. Podría ser que estos dos factores sean los más estresantes por encontrarse vinculados, ya que uno puede sentirse impotente o con incertidumbre ante una determinada situación por no haber sido suficientemente formado en esa materia o no sentirse competente para lidiar con ella. Que la falta de competencia sea el mayor factor estresante de los alumnos de forma general puede deberse a que los contenidos teóricos no se ajusten en muchas ocasiones a lo que los alumnos se encuentran al llegar a un hospital. Sería de gran interés estudiar en futuras líneas de investigación una comparación entre cómo se sienten de competentes los alumnos que realicen sus estudios de una forma más enfocada a la práctica y otros que realicen sus estudios de una forma más teórica.
En la totalidad de los estudios consultados se observa que las mujeres sienten más estrés que los hombres en líneas generales.

## 5 Discusión-Conclusión

Los principales estresores que afectan a los alumnos de enfermería son, de mayor a menor: "hacer mal mi trabajo y perjudicar al paciente", "confundirme con la

medicación" y "pincharme con una aguja infectada". Todos ellos relacionados con hacer daño al paciente o dañarse a sí mismo en el tratamiento del enfermo.
Las prácticas resultan "bastante" estresantes a los alumnos de enfermería, algo que según los expertos se considera normal puesto que la propia naturaleza de las prácticas es un factor estresante.
Los factores estresantes que más afectan a los estudiantes son, de mayor a menor: "falta de competencia", "impotencia e incertidumbre" y "no controlar la relación con el enfermo".

## 6 Bibliografía

1. Zryewskyj T, Davis L. Sources of stress in third year baccalaureate nursing students. AARN-News-Lett 1987; 43:24-25.
2. Pades A, Homar C. El estrés en los estudiantes en las prácticas clínicas de enfermería. Rev ROL Enf. 2006; 29 (9): 577-582.
3. Zupiria X, Huitzi X, Alberdi MJ, Uranga MJ, Eizmendi I, Barandiaran M et al. Stress sources in nursing practice. Evolution during nursing training [Internet]. Nurse Education Today. 2007 [Citado 09 de Enero de 2016]; 27:777-
787. Disponible en: http://www.nurseeducationtoday.com/article/S0260-6917(06)
00181-X/abstract.
4. Moya Nicolás M, Larrosa Sánchez S, López Marín C, López Rodríguez I,
Morales Ruiz L, Simón Gómez Á. Percepción del estrés en los estudiantes de enfermería ante sus prácticas clínicas [Internet]. Enfermería Global. Julio de 2013 [Citado 20 de marzo de 2016]; 12(31):232-253. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412013000300014.

## Capítulo 63

# ENFERMERIA : ACIDOS GRASOS HIPEROXIGENADOS EN LA PREVENCION DE ÚLCERAS POR PRESIÓN (UPPS) EN CENTROS GERIÁTRICOS

BEATRIZ HUERTAS LÓPEZ

MARTA MONESCILLO CABALLERO

ADELA RUIZ MUÑOZ

ELENA MELERO MORENO

RODRIGO MARTÍN DE LA SIERRA RUIZ DE PASCUAL

## 1 Introducción

La piel es el órgano más externo de nuestro cuerpo y posee numerosas funciones, entre ellas la de protección del organismo frente a factores externos como bacterias, sustancias químicas y temperaturas.
Cuando la integridad cutánea se ve afectada como consecuencia de una herida aguda o una herida crónica todas las funciones de la piel se ven alteradas, pudiendo tener que enfrentarse a problemas, a veces difíciles de solucionar.

Hoy en día, existen numerosas evidencias científicas sobre el uso de los lípidos, concretamente ácidos grasos, y su beneficio en la prevención de las úlceras por presión (UPP) debido a las múltiples características que poseen como son:
· Favorecen la circulación sanguínea disminuyendo el riesgo de isquemia.
· Aumentan la resistencia de la piel frente a los agentes externos causantes de las UPP.
· Facilitan la renovación de las células de la piel
· Reducen la fragilidad cutánea.
· Evitan la deshidratación cutánea.
· Protegen frente a la fricción.
Definimos UPP a una lesión de origen isquémico, localizada en la piel y tejidos subyacentes con pérdida de sustancia cutánea producida por presión prolongada o fricción entre dos planos duros. Existen cuatro estadios de UPP en función del grado de afectación de la piel. Definimos UPP I como el eritema no blanqueante en piel intacta de un área localizada, generalmente sobre una prominencia ósea, y es en este tipo de UPP donde se aplican los ácidos grasos hiperoxigenados (AGHO)

## 2 Objetivos

Hablar de las UPP y la utilidad de los ácidos grasos hiperoxigenados en estas por parte del equipo de enfermeria

## 3 Metodología

Se realiza un estudio observacional descriptivo en tres centros geriátricos diferentes, en el que participaron 200 pacientes en los cuales entre un 10 y un 15% de los pacientes institucionalizados sufren alguna UPP o úlcera de origen vascular y un 40 % están riesgo de desarrollar UPP determinado mediante la escala de Braden (< 14 puntos) .
La intervención realizada fue la aplicación de AHGO cada 12 horas en estos pacientes en las zonas de riesgo y en la piel perilesional de aquellos pacientes que ya tenían alguna lesión.

## 4 Resultados

Durante el periodo de seguimiento se observa que el porcentaje de pacientes que estaban en riesgo de padecer alguna lesión, no ha desarrollado úlceras por presión en ninguno de los residentes de los centros sociosanitarios que han participado en el estudio y aquellos en los que se les ha aplicado los ácidos grasos hiperoxigenados en prevención de la piel perilesional, como los residentes que presentaban úlceras de origen vascular tipo arterial que ya tenían con anterioridad, tampoco han presentado un empeoramiento de la lesión. Se ha observado que se ha protegido bien la integridad de los bordes, que estos productos resultan óptimos tanto para la prevención como para el tratamiento coadyuvante de complicaciones de esta piel perilesional y frágil.
A partir de los resultados obtenidos, podemos afirmar que la aplicación tópica de ácidos grasos hiperoxigenados para prevenir la aparición de úlceras por presión en pacientes ancianos institucionalizados en residencias resulta muy eficaz.
Tampoco se ha registrado ningún efecto adverso en referencia a la aplicación de ácidos grasos hiperoxigenados ,además tiene una buena forma de presentación y a su rápida absorción son de fácil aplicación por parte de cualquier personal sociosanitario e incluso por la autoaplicación por parte del paciente, sin que ello suponga un incremento en la carga de trabajo para los enfermeros. Se valora así que el coste- beneficio en la aplicación de estos ácidos en comparación con el uso de otros tratamientos es real. Valorando este tipo de lesiones como un indicador de calidad de los cuidados de Enfermería, no es necesaria la formación especifica aun si la utilización de un recurso efectivo y favorable tanto para el personal como para el paciente, convirtiéndose así en un enfoque rentable. Este tratamiento debe completarse con otras medidas como el control de los factores de riesgo para conseguir una prevención efectiva.

## 5 Discusión-Conclusión

Todos los centros sanitarios, sociosanitarios y residenciales deben tener un protocolo de actuación que recoja las principales actividades a realizar para prevenir la aparición de nuevas lesiones y de las recidivas y la progresión de las existentes. La prevención constituye el método más eficaz de abordar el problema de las UPP.
Los ácidos grasos hiperoxigenados están dirigidos a la prevención y tratamiento de las UPP I, en el cuidado de la piel perilesional y en la prevención de recidivas de úlceras vasculares y úlceras del pie diabético, porque aumentan la resistencia

de la piel frente a los agentes causales de las úlceras por presión, mejora la turgencia de la piel, la elasticidad y el tono, también aumentan la microcirculación sanguínea, disminuyendo el riesgo de isquemia y facilitando la renovación de las células epidérmicas.

## 6 Bibliografía

1-Grupo Nacional para el Estudio y Asesoramiento en Úlceras por Presión y Heridas Crónicas (GNEAUPP). Directrices Generales sobre Prevención de las Úlceras por Presión. Logroño. 2003.
2-Guía de cuidados enfermeros del INSALUD. (Madrid 1996).
3- Blanco Zapata RM, López García E, et al. Guía de actuación para la prevención y cuidados de las úlceras por presión.Departamento de Salud. Gobierno Vasco. 2017.
4-Avilés Martínez M, Sánchez LLorente M. Guía de práctica clínica para el cuidado de personas con úlceras por presión o riesgo de padecerlas, Conselleria de Sanitat, 2012, España, pág. 22 [Revisado 1 de noviembre 2017].
5-Grupo Nacional para el Estudio y Asesoramiento en Úlceras por Presión y Heridas Crónicas (GNEAUPP). Clasificación-Estadiaje de las Úlceras por Presión. Logroño. 2003.

## Capítulo 64

# ENFERMERIA Y LA EFICACIA DE UN APÓSITO HIDROCOLOIDE FINO COMO PROTECCION DE LA PIEL PERILESIONAL

BEATRIZ HUERTAS LÓPEZ

MARTA MONESCILLO CABALLERO

ADELA RUIZ MUÑOZ

ELENA MELERO MORENO

RODRIGO MARTÍN DE LA SIERRA RUIZ DE PASCUAL

## 1 Introducción

La piel es el organo mas grande del cuerpo y es la cubierta externa y la barrera natural que protege al individuo de las agresiones del medio externo. Contiene un 80% de agua y presenta numerosas funciones entre las que destacan protección, función de barrera contra microorganismos, termorregulación, absorción y excreción de líquidos.

Existen numerosos motivos por los que se puede perder la continuidad de la piel, como lesiones o heridas que pueden ser agudas o crónicas.

Las úlceras, son consideradas lesiones crónicas, y tienen un coste elevado, así como una gran repercusión tanto a nivel familiar y social como a nivel insti-

tucional y del personal sanitario encargado del cuidado , ya que conllevan un elevado tiempo en los tratamientos y en el plan de actuación.
Tanto las heridas crónicas como las agudas se comportan de manera muy agresiva con la piel perilesional, motivos que pueden ser por el propio contenido del lecho ulceral como por ejemplo exudados purulentos o exudados ácidos o incluso a veces también por los propios productos que utilizamos sobre las heridas como la plata. El exudado de las heridas crónicas puede ser corrosivo para el lecho de la herida y la piel intacta, por lo tanto el apósito usado debería mantener el exudado alejado de la herida para ayudar a promover la integridad de los tejidos.

## 2 Objetivos

El objetivo de este trabajo es poner en conocimiento el uso de distintos productos de los que disponemos para el manejo y protección de la piel perilesional tanto en heridas como en úlceras crónicas que vemos diariamente en nuestro trabajo. Los avances de la ciencia hacen que hoy en día tengamos un amplio abanico de parches y pomadas para su tratamiento mejorando así los resultados y por tanto su resolución.

## 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 términos generales podríamos decir que los resultados que esperamos de los apósitos hidrocoloides son los siguientes;
-Proteger la piel perilesional.
-Mantener la integridad de la piel.
-Favorecer la cicatrización.
-Controlar el exceso de humedad.
-Proteger la lesión de la carga microbiana del exudado.

Los resultados del uso de varihesive,apósito hidrocoloide ,en zona perilesional de una úlcera por presión de grado III en zona sacra muy exudativa, exudado que hacía que dicha zona estuviera muy enrojecida y macerada, hizo que se comenzara a ver menos enrojecida y la maceración empezara a desaparecer con lo que , a pesar de la cantidad de exudado, la pauta de curas pudo espaciarse y al no existir fugas de exudado el parche principal nos aguanta mas tiempo protegiendo el riesgo de infección, lo que nos permite que las visitas del paciente, bien sean en el centro de salud o en su domicilio se espacien y con ello se disminuye la carga de trabajo y los gastos de materiales usados.
Por lo que vemos la herida evoluciona favorablemente al manejar adecuadamente la gestión del exudado y mantener la humedad y temperatura optimas.
En otras ocasiones también observamos como el uso de apósitos de plata para el manejo de ciertas heridas o úlcera produce irritación de la piel perilesional, en cuyo caso se observa como tras la aplicación del varihesive dicha irritación desaparece.
Por todo esto y viendo los óptimos resultados clínicos obtenidos con el uso de varihesive, junto con el elevado grado de satisfacción que refieren tanto los pacientes como los profesionales sanitarios que lo ponen en práctica podemos decir que el apósito de varihesive es excelente en el tratamiento de las heridas y úlceras de etiología diversa.

## 5 Discusión-Conclusión

En aquellas lesiones en la que los cambios de apósito se realizan a diario,se ha comprobado que se pueden espaciar las curas a tres veces por semana o incluso mas,dependiendo del tipo de lesión, (respetando aun así ese exudado que previene que el lecho de la herida se seque, con el conveniente flujo de células reparadoras de tejido y nutrientes necesarios para el metabolismo celular )con lo que se ahorra en tiempo y en material. La calidad de vida del paciente también mejora,ya que no va a tener molestias durante las curas diariamente, no hay dolor durante la aplicación ni la retirada. . No hay fugas ni manchas en la ropa o en la cama causando inconvenientes para el paciente. Controla el olor.
Ademas ,este tipo de apósitos son de fácil colocación y han resultado ser eficaces como prevención en la piel perilesional de heridas tanto agudas como crónicas, evitando el estancamiento debido al manejo inefectivo del apósito.
La selección del apósito debe hacerse en función de la disponibilidad, los protocolos locales ademas de los costes.

## 6 Bibliografía

1. Gago-Fornells M, Fernando-García González RF. Cuidados de la Piel perilesional. Madrid: Fundación 3M y Drug Farma SL; 2006
2. Palomar Llatas F, coordinador. Gestión de los cuidados enfermeros en úlceras y heridas. Madrid: Editorial DAE SL; 2009
3. Arantón L, Beaskootxea, MP, Capillas R, Cerame S, Coiduras JM, Collado F, Manzanero MJ, Palomar F, Segovia T, Subirá A. Módulo V Calidad de vida en los pacientes con heridas © 2008, E.R Squibb & Sons, L.L.C. Convatec
4. Vademécum. Productos para el cuidado y prevención de las heridas. 1ª edición, 2008. Úlceras.net ISBN: 978-84-612-0270-6
5. Courtney H. Lider, ND, Prevención y tratamiento de las úlceras por presión, JAMA, January 8, 2003, v 289, nº 2.
6. Grupo de Trabajo sobre Úlceras Vasculares del a AEEV. Consenso sobre Úlceras Vasculares y Pie Diabético de la AEEV. Guía de Práctica Clínica. Marzo 2004.

## Capítulo 65

# LOS CUIDADOS QUE APORTA ENFERMERIA PARA EL PROBLEMA DE LA CISTITS EN PACIENTES

BEATRIZ HUERTAS LÓPEZ

MARTA MONESCILLO CABALLERO

ADELA RUIZ MUÑOZ

ELENA MELERO MORENO

RODRIGO MARTÍN DE LA SIERRA RUIZ DE PASCUAL

## 1 Introducción

Es un proceso inflamatorio de la mucosa de la vejiga que afecta al aparato urinario, Las mujeres son más propensas a desarrollarla por su corta longitud de la uretra y proximidad de la vagina, siendo mucho más frecuente que la inflamación sea causada por una infección bacteriana, la cual puede desembocar en grandes molestias y dolor, o un problema de mayor severidad en el caso de que la infección se pueda diseminar a los riñones. En el menor de los casos, suele aparecer como reacción a geles, aerosoles o determinados medicamentos, y puede aparecer también como una complicación de otra enfermedad ya existente.
Tiene gran importancia poder conocer los principales síntomas para reconocerlo; así como la necesidad de tener que necesidad constante de orinar o dolor. En los hombres, esta patología no es muy frecuente, al contrario que en las mujeres.

Es importante tener en cuenta ciertos factores de riesgo como: destacar si la persona esta embarazada, si dicha persona es diabética, si hay infección en niños o una obstrucción; que pueda permitir un mayor crecimiento de los gérmenes.
Por todo ello, es de vital importancia seguir un adecuado tratamiento, siendo el uso de antibióticos el principal tratamiento para ello.

## 2 Objetivos

-Identificar la principal sintomatología que puede presentar una persona con esta patología y a su vez conocer los principales cuidados básicos y técnicas de enfermería a llevar a cabo.
- Ser capaces de poder prevenirlo y poder diagnosticarlo lo antes posible.

## 3 Metodología

La metodología que se ha usado para realizar este capítulo, se basa en una revisión bibliográfica, usando documentación científica de diferentes bases de datos como "Medline" o "Google Académico", y usando como principal descriptor "Cistitis" e Información sacada de un Experto de Enfermería.

## 4 Resultados

La cistitis es una patología la cual podemos prevenir correctamente si seguimos unas indicaciones; para ello debemos realizar un vaciamiento vesical completo precoito y postcoito y usar algún tipo de cremas antisépticas peri uretrales antes del mismo.
El diagnóstico es viable y es de gran importancia dentro de los cuidados de enfermería. Para poder diagnosticar usaremos los cultivos de orina y el sistemático de orina.
Es de gran importancia poder reconocer y saber cuáles son los principales síntomas que pueden aparecer y manifestarse en esta patología; los cuales destacamos: disuria (micción difícil o dolorosa), polaquiuria (se produce cuando hay un aumento en el número de micciones), tenesmo vesical (tener la sensación de querer orinar constantemente), dolor en la zona supra púbica, molestias pélvicas, febrícula y orina turbia de mal olor y en ocasiones puede ir acompañada con hematuria.

Para ello, es de vital importancia llevar a cabo un tratamiento correcto; Se empezaría en primer lugar con el uso y administración de cefalosporinas o betalactámicos durante 3 días (sin ser necesario el urocultivo posterior al tratamiento).
En determinadas ocasiones puede darse el caso que el tratamiento antibiótico no funcione para todas las cistitis, y a su vez que no aparezca piuria y que el autocultivo salga negativo. En ese caso es se debería valorar otras patologías diferentes como: vaginitis, vulvitis, traumatismos o alergias.
Es imprescindible tratar las complicaciones de la manera más rápida posible y correctamente, y destacar la importancia de llevar a cabo una prevención adecuada; ya que de lo contrario podrían convertirse en algo mucho más grave.
La evidencia ha demostrado que las mujeres son más propensas a contraer esta infección en comparación con los hombres, debido a que su uretra es más corta que la de los hombres y está más cercana al ano.

## 5 Discusión-Conclusión

Concluimos este capitulo con el principal agente etiológico más frecuente que aparece en esta patología es E.coli, que se relaciona directamente con los diferentes factores de riesgos de los cuales muchos de ellos se pueden evitar. De ahí destacamos la vital importancia que podemos llevar a cabo con una correcta educación sanitaria, en este caso en enfermería , a todos los pacientes para poder asegurarnos que puedan cumplir una correcta adhesión al tratamiento, sin olvidarnos de la importancia directa que tienen ciertos factores de riesgo mencionados anteriormente; entre los cuales podemos destacar: la genética, la edad o las condiciones fisiológicas y anatómicas entre otros.

## 6 Bibliografía

1.- NANDA. Diagnósticos de Enfermería; 2003.
2.- De la Rosa M, Prieto J. Microbiología en ciencias de la salud: conceptos y aplicaciones. 2ª ed. España: Elsevier; 2010.
3.- Guido S, Eberhardt K, Klaus G, Martha MM, Eva HP. The Diagnosis of Urinary Tract Infection. Dtsch Arztebl [Internet]. 2010 [8 May 2015]; 107 (21): 361-367. Disponible en: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2883276/#R2.

## Capítulo 66

# ENFERMERÍA EN LA INCONTINENCIA URINARIA

ISMAEL RAMÍREZ LÓPEZ

MARIA JOSE CARABAÑO MARIBLANCA

ROCIO LOPEZ RODRIGUEZ

VIRGINIA PALACIN RUBIO

RAQUEL GARCÍA

## 1 Introducción

La incontinencia urinaria (IU) es un problema que afecta de una forma más considerable a la población femenina. El 35% de las mujeres experimenta algún tipo de IU a lo largo de su vida. En, edad reproductiva, esta patología afecta en un 20,4% sin embargo cuando llegan a la edad media tiene un mayor impacto al coincidir con la menopausia en la mayoría de las mujeres. La prevalencia en personas mayores de 70 años es superior al 20% aumentando esta prevalencia si se trata de mujeres mayores dependientes y que se encuentran institucionalizadas.
Como consecuencias principales que derivan de la IU encontramos, la depresión y el estrés. Esto conlleva una disminución de la calidad de vida y en estados más avanzados y con personas vulnerables se produciría un aumento de la mortalidad.
Algunos factores de riesgo como la edad, el asma, el sexo femenino y el uso de laxantes hacen que aumente la probabilidad de sufrir una IU. Otros factores de

riesgo durante el embarazo y el climaterio serian la obesidad, problemas respiratorios, estreñimiento, prolapso genital o la episiotomía.
Entre los distintos tipos de IU podemos encontrar:
- Incontinencia urinaria continua o total: consiste en la perdida constante de orina.
- Incontinencia urinaria de esfuerzo: en la que al realizar cualquier actividad que aumente la presión intraabdominal, se produce la perdida repentina de orina, se trata de la IU que más afecta a mujeres y pude presentarse en varones intervenidos de próstata.
- Incontinencia de urgencia: es el escape brusco de orina ante un intenso deseo de orinar. Puede estar relacionada con lesiones y enfermedades neurológicas.
- Incontinencia por rebosamiento o paradójica: aparece en pacientes con procesos obtructivos en el tramo inferior urinario produciendo retención urinaria crónica que causa perdida involuntaria de orina.
En la población femenina la IU de tipo mixto (esfuerzo y urgencia) es la que suele estar más presente. Para hacer una detención temprana y poder establecer el mejor tratamiento, el equipo sanitario y enfermería en particular, deberán comprender las distintas líneas de actuación.

## 2 Objetivos

- Conocer todas las implicaciones de la incontinencia urinaria en los pacientes.
- Describir los cuidados y las actividades de enfermería en pacientes con incontinencia urinaria.

## 3 Metodología

Se ha realizado una revisión bibliográfica acerca de la IU en distintas páginas web como por ejemplo: Scielo, Pubmed… El procedimiento seguido ha sido: búsqueda bibliográfica, selección de artículos, evaluación de calidad, extracción e interpretación de los resultados. También búsqueda en Google académico.

## 4 Resultados

Causas y/o factores de riesgo
Se consideran factores de riesgo en ambos sexos,la obesidad y la presencia de factores irritantes, como por ejemplo reír, estornudar, toser, en caso de tratarse de

una IU de esfuerzo. La presencia de enfermedades como la hipertensión, hipercolesterolemia o diabetes mellitus pueden influir de forma más especifica en el estado de continencia.
En la población masculina la principal causa de la IU esta asociada a procedimientos quirúrgicos. El 89% delos casos se producen tras una prostatectomía radical y un 4% por otras intervenciones quirúrgicas.
En la población femenina la mayoría de las IU se producen por problemas derivados del embarazo, como pueden ser, la laxitud vaginal o el prolapso anterior mayor o igual a grado II. Se ha demostrado que la realización de una histerectomía total tiene un menor impacto en la función urinaria de la mujer, por lo que sería el mejor tratamiento en enfermedades benignas uterinas.
Según investigaciones la obesidad es el principal factor de riesgo para el desarrollo de una IU de esfuerzo. A estos factores de riesgo podríamos sumar el factor genético, tratamiento con hormonas, enfermedades como la diabetes mellitus, el parto vaginal y el uso de algunos medicamentos.
En cuanto a la IU postparto, además de la IU como factor de riesgo importante, se pueden añadir otros como la edad gestacional mayor o igual a 37 semanas o la multiparidad.
En la población anciana diversos estudios sobre ancianos institucionalizados evidencian que el principal factor de riesgo es la incapacidad funcional,a la que pueden añadirse otras comorbilidades citadas anteriormente. No podemos olvidar que la dependencia funcional y la restricción de movilidad pueden influir también de manera importante en la continencia miccional de las personas mayores.
Tratamiento
Es recomendable comenzar con un tratamiento conservador, entre los que se encuentran, los ejercicios de fortalecimiento de los músculos del suelo pélvico (SEPFM) y terapia conductual. La segunda línea de tratamiento sería la realización de cirugía en caso de no encontrar mejoría con el tratamiento conservador. Si es necesario realizar cirugía, se debe seguir una escala ascendente del grado de invasión, ya que el objetivo es disminuir en todo lo posible el número de ingresos hospitalarios, así como una reinserción social, laboral y sexual temprana.
La terapia conductual se considera el tratamiento de primera elección, ya que se ha observado que produce una mejora tanto en el bienestar psicológico como en la calidad de vida. Pude ser un tratamiento utilizado como única actuación o también, puede asociarse a otras intervenciones como ejercicios del suelo pélvico, reentrenamiento de vejiga o biofeedback. La terapia conductual resulta útil en ca-

sos en los que el origen de la IU es una causa distinta a la enfermedad nefrogénica. En los pacientes con esta terapia, las principales actuaciones que se indican, son la modulación de la ingesta de líquido, tanto en sincronización de la ingesta como en cantidad, una modificación del cuidado del cuerpo, una menor ingesta de cafeína, así como un tratamiento efectivo de la IU en situaciones sociales.
En loa mujeres con obesidad mórbida, la terapia más efectiva es la perdida de peso.
Para el reentrenamiento de vejiga, es necesario adecuarlo al estilo de vida de cada persona. De esta manera habrá más probabilidad de éxito en el tratamiento.
En lo referente a los SEPFM estarían indicados para cualquier tipo de IU, como tratamiento primario, pero resultan más efectivos en casos de IU de esfuerzo y en mujeres de edad avanzada.

## 5 Discusión-Conclusión

La IU es una alteración que afecta de forma directa tanto a la esfera física como psicológica de la persona, provocando también alteraciones a nivel social. El personal sanitario debe conocer los conceptos básicos que le permitan la valoración y el abordaje a las respuestas que el paciente necesita. La enfermería de atención primaria es el colectivo fundamental para conseguir un diagnóstico y actuación precoz para que la persona logre mejores condiciones de vida. Los conocimientos en SEPFM y en terapia conductual junto a una adecuada relación terapéutica puede ayudar al paciente a sobreponerse a la preocupación encubierta que este problema genera en nuestra sociedad.

## 6 Bibliografía

1- Campillos-Cañete Mª Nazaret, González-Tamajón Rosa María, Berlango Jiménez José, Crespo-Montero Rodolfo. Incontinencia urinaria: causas y cuidados de enfermería. Una revisión bibliográfica. Enferm Nefrol [Internet]. 2021 Abr [citado 2021 Jul 30] ; 24( 1 ): 25-37. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2254-28842021000100003&lng=es. Epub 26-Abr-2021. https://dx.doi.org/10.37551/s2254-28842021003.
2- Martínez Córcoles B., Salinas Sánchez A.S., Giménez Bachs J.M., Donate Moreno M.J., Pastor Navarro H., Virseda Rodríguez J.A.. Calidad de vida en las pacientes con incontinencia urinaria. Actas Urol Esp [Internet]. 2008 Feb [citado 2021 Jul 30] ; 32( 2 ): 202-210. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0210-48062008000200008&lng=es.

## Capítulo 67

# ENFERMERIA Y EL SISTEMA INMUNITARIO, ELEMENTOS QUE INTERVIENEN EN LAS REACCIONES INMUNOLÓGICAS

ISMAEL RAMÍREZ LÓPEZ

MARIA JOSE CARABAÑO MARIBLANCA

ROCIO LOPEZ RODRIGUEZ

VIRGINIA PALACIN RUBIO

RAQUEL GARCÍA

## 1 Introducción

Como una entramada 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 detecta un antígeno, lo ataca. A este proceso se le llama la respuesta inmune. Parte de este proceso de respuesta es producir los anticuerpos. Los anticuerpos son proteínas que trabajan para atacar, debilitar y 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 e indicar los elementos que intervienen en las reacciones inmunológicas por parte del equipo de profesionales de enfermería de los centros hospitalarios.

## 3 Metodología

Para elaborar este trabajo, se ha llevado a cabo una investigación consistente 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 Académico, páginas sobre el tema que estamos tratando, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisada

## 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 por sí mismos no tienen carácter de antígenos

(son determinantes antigénicos aislados), pero que le 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 inmunorregulación 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 antígenos 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 cristalizable y otro Fab que fija el antígeno, el cual posee en su región variable los sitios de reacción con los determinantes antigénicos 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 137 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 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 ataca a estructuras propias y, lo mismo, es insuficiente (inmunopatologías).

## 6 Bibliografía

1. https://medlineplus.gov/spanish/immunesystemanddisorders.html
2. http://espanol.arthritis.org/espanol/salud-y-vida/su-cuerpo/sistemainmunologico/
3. https://www.stanfordchildrens.org/es/topic/default?id=the-immune-system90-P04768

## Capítulo 68

# EXPOSICIÓN DE ENFERMERÍA DE LAS MODIFICACIONES FISIOLÓGICAS, PSICOLÓGICAS Y SOCIALES A PARTIR DE LA JUBILACIÓN

ISMAEL RAMÍREZ LÓPEZ

MARIA JOSE CARABAÑO MARIBLANCA

ROCIO LOPEZ RODRIGUEZ

VIRGINIA PALACIN RUBIO

RAQUEL GARCÍA

## 1 Introducción

La pérdida progresiva de las facultades físicas y mentales crea en el anciano una gran dificultad para adaptarse a los cambios sociales. Así, empieza a desarrollar unos mecanismos de defensa y supervivencia.
El anciano introvertido se centrará en sí mismo y se resignará a la dependencia, tendiendo a no salir de casa, y si lo hace, frecuentará siempre el mismo círculo de amistades para no extrañar el nuevo ambiente. El anciano extrovertido querrá contar sus recuerdos y participará en algunas actividades familiares.
El anciano suele acentuar su irritabilidad, se hacen impacientes y de peor humor o bien se hacen más expresivos y afectivos. Si demuestran agresividad hacia su

entorno, el aprendizaje hacia su nueva forma de vida se hará intolerante, crítica y rebelde, con tendencia a la angustia.
El mayor motivo de cambios en sus hábitos de vida es la jubilación, pues supone el fin de su actividad profesional, siendo una fase que genera repercusiones personales y de convivencia familiar.
A muchos ancianos, la jubilación les aporta sentimientos de tristeza, viéndola como un paso hacia la muerte, el sentir una invalidez social importante al disminuirles su grado de autonomía, siendo más significativa si tienen patologías crónicas y si la pensión es insuficiente para sufragar todos los gastos existentes.
La discapacidad más relevante entre las personas mayores de 65 años se encuentra relacionada con el desplazamiento dentro y fuera del hogar y la realización de tareas domésticas.

## 2 Objetivos

-Conocer e indicar las modificaciones y adaptaciones fisiológicas del cuerpo por parte del equipo enfermería.

## 3 Metodología

Para elaborar este trabajo, se ha llevado a cabo una investigación consistente 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 sobre el tema que estamos tratando, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas

## 4 Resultados

Modificaciones fisiológicas, psicológicas y sociales.
La vejez no es una enfermedad, debiéndose considerar como el conjunto de modificaciones morfológicas y fisiológicas que originan el paso del tiempo sobre los seres vivos.
El proceso de envejecimiento se explica por un decaimiento funcional general que afecta a todo el organismo, con una enorme variación en el modo en que se presenta el proceso en cada individuo. Este proceso conlleva una serie de cambios.

1. Piel y uñas. Pérdida de elasticidad de la piel (fina, arrugada y con zonas de hiperpigmentación). El lentigo senil son manchas marrones que aparecen en la piel y que son de mayor tamaño que las pecas. La sudoración disminuye. El tejido muscular subcutáneo es menor, así como la capacidad de adaptación a los cambios climáticos, sobre todo al frío. Sensación de frío aumentada, porque los sistemas de regulación para mantener la temperatura corporal constante se pierden. Las uñas son más frágiles y en algunos casos se engrosan (hiperqueratosis ungueal) sobre todo en los pies.
2. Pelo. Es característica la perdida de pelo en extremidades, pubis y axilas. Es frecuente la alopecia. El pelo es más fino y áspero, así como canoso. Paradójicamente en las mujeres se estimula la aparición de vello facial (hipertricosis).
3. Ojos. Es frecuente la atrofia de los músculos palpebrales que provoca Ptosis palpebral. La pupila disminuye en tamaño y adquiere forma irregular, la respuesta a la luz está disminuida, así como la cantidad de lágrimas y la calidad de las mismas. Hay disminución de la visión periférica. Alteraciones visuales del tipo presbicia o vista cansada por pérdida de elasticidad del cristalino, que fácilmente desemboca en cataratas.
4. Oídos. Es frecuente la pérdida de agudeza auditiva para altas frecuencias, con presbiacusia (oído torpe) y deterioro del equilibrio con inestabilidad. Engrosamiento del tímpano y acúmulo de cerumen, pueden existir alteraciones del cartílago.
5. Nariz. El anciano presenta aumento del tamaño de la nariz, pérdida de la capacidad olfativa y aumento y engrosamiento de los pelos de las fosas nasales.
6. Trastornos de la alimentación, producidos por diversas causas:
• Dentadura en malas condiciones, disminución de las glándulas salivares y pérdida de papilas gustativas, con disminución del gusto (dulce y salado), que dificulta la ingesta y masticación de los alimentos, que junto a la pérdida de apetito, puede provocar cuadros de desnutrición y pérdida de peso. A partir de los 60 años hay que añadir las alteraciones producidas en el sistema gastrointestinal con enlentecimiento del reflejo nauseoso (aumento del riesgo de atragantamiento) con descenso de la secreción ácido-gástrica, del peristaltismo intestinal y alteraciones de la absorción a este nivel.
El hígado reduce su tamaño, con descenso del flujo sanguíneo alterándose el metabolismo de muchas sustancias entre las que se encuentran los fármacos, pudiendo aumentar su permanencia en el organismo.
• Factores socio-económicos como vivir sólo, baja pensión, etc. que les impide una alimentación adecuada.
• Alteraciones mentales como la depresión, ansiedad, etc., que provocan al-

teraciones nutricionales tipo anorexia, obesidad, deshidratación, etc.
7. Aparato respiratorio. Las alteraciones más frecuentes a este nivel son la reducción de la capacidad vital, del volumen / minuto por disminución de la elasticidad pulmonar y de la caja torácica. El reflejo tusígeno está atenuado.
8. Mamas. Los cambios asociados a la edad son pérdida de tejido glandular y de sostén. La grasa mamaria aumenta a la vez que disminuye el tejido glandular, las mamas son más móviles y flácidas. Puede haber retracción del pezón que es reversible si no se asocia a cáncer de mama. En el hombre puede aparecer ginecomastia.
9. Sistema cardiovascular. Existe en el anciano reducción del volumen sistólico y volumen / minuto durante los esfuerzos, lo que apareja una mayor intolerancia al esfuerzo (no se desarrolla taquicardia de esfuerzo). La vía arterial se vuelve tortuosa y aparece arteriosclerosis, hay aumento de la tensión arterial. La patología venosa es frecuente en miembros inferiores.
10. Aparato genito-urinario. En la mujer los cambios relacionados con la edad son entre otros, la atrofia de la mucosa vaginal y la disminución de la secreción. El
útero y los ovarios disminuyen de tamaño. La vagina se acorta y estrecha (más aún si no es sexualmente activa). Puede existir cistocele o cisto-rectocele que justificaría la incontinencia urinaria.
En el hombre se evidencia distensión escrotal, puede existir disminución del tamaño y consistencia de los testículos. El cambio más frecuente relacionado con la edad es el crecimiento prostático que puede dificultar el drenaje de la orina al exterior. La eyaculación se retrasa y el volumen de esperma se reduce.
La actividad sexual disminuye en ambos sexos, con descenso de la actividad hormonal, motivada por la andropausia y menopausia.
El flujo sanguíneo renal disminuye, aumentando los niveles de fármacos en sangre.
11. Sistema músculo-esquelético. La edad condiciona pérdida de fuerza muscular, disminución de la movilidad articular, endurecimiento de cartílagos y tendones y descalcificación ósea (osteoporosis) por lo que existe riesgo de fracturas ante traumatismos mínimos y aparición de acuñamiento de vértebras (postura encorvada del anciano).
La aparición de cifosis junto con la adopción de una postura encorvada con flexión de las rodillas, codos y muñecas son alteraciones observadas frecuentemente. La marcha se modifica por un aumento de la base de sustentación y disminución del braceo.
Por regla general, la modificación de la talla respecto a la altura en el envejec-

imiento puede ser hasta 10-15 cm. (media de 5 cm. en el hombre y 3 cm. en la mujer).
12. Composición corporal. Se reduce la masa muscular total, aumentando la grasa corporal, lo que explica la facilidad de deshidratación, tanto por pérdida de agua como por descenso de la sensación de sed o dificultad para la ingesta.
13. Neurológico y nervioso. Los cambios observados con más frecuencia son la pérdida de la memoria reciente (se conserva la memoria de evocación), confusión mental, alteraciones del sueño, deterioro de los sentidos, enlentecimiento de los movimientos, disminución de los reflejos y de la sensibilidad térmica y dolorosa profunda. El cociente intelectual no parece descender con la edad.
14. Alteraciones en el ritmo del sueño. El sueño se hace corto y menos estructurado, con cabezadas durante el día e insomnio en la noche. El insomnio es frecuente en ancianos con trastornos mentales, al sentir ansiedad, miedo y dolor, y por la acción de ciertos medicamentos, por desequilibrios metabólicos (uremia, hipotiroidismo, etc.) El hipersomnio se produce cuando el anciano sufre insuficiencia cardiaca congestiva, toxicidad medicamentosa, traumatismos, tumoraciones, etc.
15. Capacidad intelectual. Presentan descenso importante de la capacidad intelectual. El pensamiento del anciano es concreto, su aprendizaje, lento, sin afrontar riesgos. Tienen disminuida la capacidad de atención y memoria.
Estas modificaciones se traducen en una serie de patologías más frecuentes en esta etapa de la vida.

## 5 Discusión-Conclusión

Como podemos observar y destacar en cuanto a todos los órganos y funciones en los que se ven afectados los considerados ancianos es que el proceso de envejecimiento se puede observar cómo en un decaimiento funcional general que afecta a todo el organismo, piel y uñas, pelo, ojos , oídos, nariz, trastornos de la alimentación, Aparato respiratorio, sistema cardiovascular, Aparato genitourinario, sistema musculoesquelético, se ve modificada la composición corporal, el estado neurológico y nervioso, se pueden observar el aumento de las alteraciones del sueño y en ocasiones la capacidad intelectual, en la cual si no hay una patología que lo impida el anciano es plenamente consciente de la disminución y reducción de su cuerpo y capacidades, es por ello que es una población, a tener en continua observación y prevención para que todo esto les repercuta lo menos posible.

# 6 Bibliografía

Como podemos observar y destacar en cuanto a todos los órganos y funciones en los que se ven afectados los considerados ancianos es que en el proceso de envejecimiento se puede observar un decaimiento funcional general que afecta a todo el organismo, Piel y uñas, pelo, ojos , oídos, nariz, trastornos de la alimentación, Aparato respiratorio, sistema cardiovascular, Aparato genitourinario, sistema musculoesquelético, se ve modificada la composición corporal, el estado neurológico y nervioso, se pueden observar el aumento de las alteraciones del sueño y en ocasiones la capacidad intelectual, en la cual si no hay una patología que lo impida el anciano es plenamente consciente de la disminución y reducción de su cuerpo y capacidades. Es por ello que es una población, a tener en continua observación y prevención para que todo esto les repercuta lo menos posible.

## Capítulo 69

# FUNCIONES ENFERMERAS EN PREVENCIÓN Y TRATAMIENTO DE UN PACIENTE CON TRASTORNO DE DISFAGIA

FRANCISCO LÓPEZ CAMACHO

TAMARA MERCEDES HERNÁNDEZ RAMÍREZ

ADELA GILGADO DAVILA

## 1 Introducción

La disfagia se considera un trastorno caracterizado por la dificultad para tragar alimentos sólidos y/o líquidos desde la boca hasta el estómago. El trastorno se asocia con varios tipos de patologías y, a pesar de la incidencia y gravedad de las complicaciones, es poco conocido y mal tratado habitualmente.

La disfagia se define como la dificultad para tragar. Es una condición común que aumenta con la edad y tiene un impacto negativo en la calidad de vida de los afectados. Esto puede provocar deshidratación, pérdida de peso y desnutrición, así como problemas respiratorios por aspiración e incluso la muerte. Un correcto diagnóstico y tratamiento requiere del trabajo de un equipo multidisciplinar, desde el primer contacto con el médico de cabecera y enfermeras de atención primaria.

Desde un punto de vista clínico y práctico, la disfagia se clasifica en dos tipos diferenciados:

- Orofaríngea
- Esofágica

En ambos casos, las causas pueden ser orgánicas o funcionales. Dependiendo de la naturaleza de los músculos involucrados en las fases de deglución, se desarrolla disfagia funcional, el músculo estriado causa disfagia orofaríngea y la participación de los músculos lisos causa disfagia esofágica. Los síntomas clínicos, sus consecuencias y su tratamiento tienen diferencias que necesitan ser abordadas por separado en la práctica clínica.

## 2 Objetivos

-Mostrar las distintas funciones enfermeras en prevención y tratamiento de un paciente con trastorno de disfagia.

## 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 esta enfermedad, el papel de los especialistas en el diagnóstico, tratamiento y continuación de la disfagia es crucial y protagónico. Las estrategias deben ser implementadas por el equipo de salud, ya que se necesitan conocimientos de diversas disciplinas médicas para minimizar los riesgos y mejorar la calidad de las intervenciones. Entre todos los especialistas del equipo, deberán proponer medidas terapéuticas para facilitar y mejorar el tratamiento de la disfagia. Cuatro cinco

Para una evaluación correcta y completa de la disfagia de enfermería, existen dos tipos principales de pruebas: MECV-V y EAT 10.

CVMS-V: Método de prueba de volumen y viscosidad clínica es un método no invasivo para evaluar la disfagia mediante la administración de fluidos de difer-

entes volúmenes y texturas: néctar, pudín y líquido. Desarrollo: El paciente debe estar atento e integrado. Verifique su saturación de oxígeno antes de la cirugía y controle durante todo el procedimiento. Durante la prueba se evalúan signos de seguridad: entonación, tos y desaturación mayor al 2%. Si aparece alguno de estos signos, la prueba se considera positiva. Para crear una variedad de texturas, se usa un espesante que se agrega al fluido de alimentación, generalmente agua, en las cantidades especificadas por el fabricante del espesante. 7
Se empieza con unos 5ml de consistencia de néctar, con buena tolerancia, 10ml de consistencia de néctar, y 20ml de consistencia de néctar con buena tolerancia. En ausencia de señales de seguridad, la consistencia líquida se administra en 3 volúmenes: 5 ml, 10 ml y 20ml Con buena tolerancia, el paciente no sufre disfagia. Si los síntomas aparecen en cualquiera de los tres volúmenes, el paciente tiene disfagia líquida y debe beber la consistencia del néctar. Si se ha administrado Nectar Texture y hay signos de seguridad en alguno de los 3 volúmenes, comprobar la compatibilidad con Pudding Texture, primero con 5 ml, luego con 10 ml y finalmente con 20 ml. el paciente es tolerable, y se comunican las recomendaciones dietéticas apropiadas al paciente y/o al cuidador.
Para combatir la disfagia es necesario seleccionar la opción de administración correcta. Cada caso debe considerarse individualmente, pero generalmente se deben usar dosis pequeñas que no excedan los 15 minutos. Para uso frecuente se recomienda la consistencia de néctar o budín. Se recomienda incluir alimentos proteicos y vegetales en una ingesta, incl. B. Es importante evitar texturas dobles como sopas o frutas con mucho líquido.

## 5 Discusión-Conclusión

Las enfermeras juegan un papel fundamental en la prevención de complicaciones porque es la profesión a la que más valoran los pacientes en cuanto a prevención y educación para la salud. El personal de enfermería debe ser un enlace con otros profesionales para que todos tengan los datos necesarios para implementar planes de tratamiento y mejorar la calidad de estos pacientes y sus cuidadores en el día a día.
Debido a que la disfagia generalmente se ve como un síntoma, no existe una cura específica para el trastorno, pero se debe buscar una solución para la patología subyacente que está causando esta disfagia. Existen tratamientos paliativos para mejorar o evitar el proceso de deglución, que en cualquier caso tienen que adaptarse al proceso individual de ellos.

# 6 Bibliografía

Díaz Fernández AI, González Álvarez MA. Prevalencia de Disfagia tras Ictus. Visión desde Atención Primaria. Enfermería Comunitaria (Revista de SEAPA). 2017 febrero; 5(1): 38-56.

Redacción médica [web]. Madrid: Sanitaria 2000; c2004-2021. Disfagia [aproximadamente dos pantallas]. Disponible en: https://www.redaccionmedica.com/recursos- salud/diccionario -enfermedades/disfagia

Sebastián Domingo JJ. Disfagia. Problemas de deglución. Farmacia profesional. 2011; 15(5): 84-7

## Capítulo 70

# CUIDADOS ENFERMEROS EN LA APARICIÓN DE HEMORROIDES Y LA IMPORTANCIA DE LA PREVENCIÓN

ADELA GILGADO DAVILA

FRANCISCO LÓPEZ CAMACHO

TAMARA MERCEDES HERNÁNDEZ RAMÍREZ

## 1 Introducción

Las hemorroides son agrandamientos de las venas del plexo hemorroidal. Las personas con estreñimiento o en estado de gestación son más propensas a su aparición. Se deben tomar medidas para prevenir su aparición o reducir sus síntomas. Para ello, el enfermero debe realizar educación sanitaria con las medidas higiénicas necesarias, así como explicar y brindar cuidados cuando ocurra.
Es una patología común provocada por los malos hábitos de la población. Por ello, es importante que los cuidadores conozcan las características de este trastorno y el objetivo de esta revisión será describir las medidas de cuidado y prevención adecuadas. Existen dos tipos de hemorroides en función del lugar de aparición, internas y externas.
Los síntomas de las hemorroides externas son:
Picor anal
Uno o más bultos duros y sensibles cerca del ano
Dolor en el ano, especialmente al sentarse

Esforzarse demasiado, frotarse o frotarse el área anal puede empeorar los síntomas. Para muchas personas, los síntomas de las hemorroides externas se resuelven en unos pocos días.
Los síntomas de las hemorroides internas son:
Sangrado rectal: después de defecar, sangre roja brillante en las heces, en el papel higiénico o en la taza del inodoro
Prolapso: esta es una hemorroide que sale por la abertura anal.
En general, las hemorroides internas no son dolorosas a menos que sobresalgan.

## 2 Objetivos

El principal objetivo de este documento es mostrar la importancia de conocer qué es una hemorroide y como poder prevenirla y la importancia que puede tener el personal enfermero en la educación sanitaria.

## 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 hemorroides son venas varicosas de la malla hemorroidal (masa de tejido) que se producen en la parte distal del canal anal y sobresalen dentro o fuera del ano. Pueden ser de diferentes tipos:

Externa: Situada por debajo de la línea dentaria y recubierta de anodermo. Dado que este último está ricamente inervado, la trombosis de las hemorroides externas puede causar un dolor significativo.

Interno: Situado cerca de la línea de los dientes y cubierto de mucosa anal insensible. Pueden caerse o sangrar, pero rara vez son dolorosos a menos que sean trombóticos y necróticos.

Factores de riesgo:

Antecedentes familiares de hemorroides.
Aumento de la presión en la cavidad abdominal: defecación, tos, estornudos, embarazo (la causa más común en mujeres jóvenes).
Problemas de tránsito: estreñimiento o diarrea.
Malos hábitos alimenticios: obesidad, comer comida picante, consumir bebidas alcohólicas o café fuerte.
Permanecer de pie o sentado durante mucho tiempo: determinados deportes o largos viajes en coche.
Trastornos de la microcirculación en la zona.
Infecciones rectales previas.
Patologías de base: cirrosis de hígado, cáncer o tumor de recto, colon sigmoide, útero, ovarios o próstata (un síntoma de esto pueden ser las hemorroides).
Síntomas clínicos de las hemorroides
Dolor: tanto las hemorroides externas como las internas pueden hincharse y causar molestias.
Sangrado: Las hemorroides internas causan un sangrado rojo brillante e indoloro que se mezcla con las heces o sale al final de las heces.
Malestar con las deposiciones.
Una sensación de bulto en el borde del ano.
Prolapso hemorroidal en aprendices.
Escape de mucosidad y heces, especialmente con presión en la cavidad abdominal.
Picor.
Tratamiento de las hemorroides
Pomadas para hemorroides a base de corticoides y analgésicos
Baños de asiento con agua fría.
Evitar la presión excesiva y los movimientos intestinales prolongados.
Cambios dietéticos saludables complementados con medicamentos para mantener las evacuaciones intestinales suaves, firmes y regulares.
Medidas especiales:
Ligadura flexible o quirúrgicamente existe la opción de hemorroidectomía: En el caso de hemorroides de grado III y IV, se realiza una resección de los haces hemorroidales.
Para evitar la aparición de hemorroides a modo preventivo se aconseja:
Es importante para evitar el estreñimiento:
Aumentar la cantidad de fibra en tus comidas (fruta fresca, verduras, pan, cereales, etc.).

Beber líquidos regularmente (1,5 a 2 litros de agua al día). Evite el alcohol, el pescado salado, el chocolate, las nueces y el café en grandes cantidades.
Hacer deporte regularmente.
Usar ropa interior de algodón.
Tratar de no rascarse la zona.
Evitar el papel higiénico con perfumes o colorantes; Usar toallitas húmedas para bebés en su lugar.

## 5 Discusión-Conclusión

Es muy importante que el personal enfermero tenga los conocimientos y formación necesarias para tratar este tipo de inconvenientes, debido a que la educación como herramienta a familiares y pacientes es una parte de la prevención y el cuidado del paciente muy importante para poder evitar posibles complicaciones.

Mostrar cuáles son los beneficios de llevar una alimentación y unos hábitos de vida saludables pueden mejorar la calidad de vida de alguien que sea propenso a estas dolencias, aparte de enseñar la manera más adecuada de realizar un tratamiento para aliviar y intentar reducir la incomodidad de la persona que lo padece siempre que no sea un caso muy grave que necesite atención médica o cirugía.

## 6 Bibliografía

Murúa B. A. Hemorroides: Conceptos actuales. Cuadernos de Cirugía. 2010.

Amarillo HR y Amarillo HA; Hemorroides y sus complicaciones. Cirugía Digestiva, F. Galindo. www.sacd.org.ar,
2009.

Parades V, Atienza P. Hemorroides. EMC – Técnicas Quirúrgicas – Aparato Digestivo. 2015

## Capítulo 71

# PAPEL DEL ENFERMERO EN EL USO DE FÁRMACOS CITOSTÁTICOS

TAMARA MERCEDES HERNÁNDEZ RAMÍREZ

FRANCISCO LÓPEZ CAMACHO

ADELA GILGADO DAVILA

## 1 Introducción

El número de personas que padecen cualquier tipo de cáncer ha ido aumentando paulatinamente durante los últimos 3-4 años, pero gracias a los avances tecnológicos y a los enormes recursos terapéuticos que podemos encontrar hoy en día, la tasa de mortalidad ha disminuido.

Por esta razón, se ha incrementado el uso de citostáticos para tratar el cáncer. La manipulación de estos medicamentos, clasificados como citotóxicos por sus posibles efectos secundarios, representa un riesgo no solo para los pacientes expuestos sino también para la salud de los cuidadores, ya que se encuentran entre los grupos de salud más expuestos, tanto durante la preparación de la dosis prevista, su administración, recogida o eliminación de desechos y excrementos de los pacientes sometidos a este tratamiento.

Esta preocupación por los posibles riesgos laborales para las enfermeras surgió tras una publicación de Falck, en la que se demostraba la presencia de mutagenicidad en concentrados citotóxicos de orina de enfermeras mediante el test de Ames. Se encontró que el nivel de mutagenicidad alcanzado fue mayor que el observado en el personal no expuesto a estos medicamentos, lo que sugiere que la

mutagenicidad podría deberse a la ingestión de medicamentos citotóxicos debido a la exposición ocupacional.
Es de suma importancia la mejora constante y el estudio de los protocolos y técnicas de comportamiento correctos, así como la dotación de equipos de protección individual (EPI) y equipos de trabajo adecuados para conseguir una mejora significativa en la seguridad de los trabajadores sanitarios y así velar por la propia salud.

## 2 Objetivos

El principal objetivo del presente documento es mostrar el papel enfermero en el uso de fármacos citostáticos, administración y todas las medidas de precaución recomendadas.

## 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

Bioseguridad y medidas preventivas
Los efectos secundarios y las complicaciones del manejo inadecuado de los citostáticos se conocen desde hace muchos años. Cuando estos accidentes de trabajo se asociaron al uso de citotóxicos, las medidas de bioseguridad y prevención comenzaron a mejorar. En la actualidad, como hemos visto, debido al aumento de la demanda de estos fármacos, el nivel de exposición de los trabajadores sanitarios sigue siendo elevado, tanto en los hospitales como en los laboratorios donde se utilizan estos fármacos anticancerígenos.

Administración de citostáticos
La administración de citostáticos incluye todas las técnicas necesarias para el tratamiento, cualquiera que sea la vía de administración, siendo las más habituales la vía intravenosa, la vía subcutánea, la vía tópica, la vía intramuscular y la vía oral. Esta administración debe, como mínimo, estar de acuerdo con las

recomendaciones de la ficha técnica de cada fármaco y seguir siempre los Procedimientos Operativos Estándar (POE) o las guías de cada centro, realizados de acuerdo con la mejor evidencia clínica disponible.

Estas técnicas deben realizarse en locales adecuados como salas de hospital y ambulatorios, evitando en lo posible la administración domiciliaria salvo que sea absolutamente necesario.

Métodos de administracion:

Líneas periféricas: se utilizan para administrar una variedad de medicamentos intravenosos menos agresivos y de acción corta, terapia de suero, productos sanguíneos y medicamentos quimioterapéuticos.

Líneas centrales
Catéteres centrales de corta duración: se utilizan para administrar procedimientos agresivos o de corta duración, es decir, que no superen los 60 días, también se utilizan para administrar hemoderivados o medir la presión venosa central (PVC).

Catéteres centrales de inserción periférica (PICC): se utilizan cuando se requiere acceso venoso para terapia a largo plazo, nutrición parenteral, determinación de la presión venosa central e infusión intermitente de quimioterapia.

Catéter de Hickman: se implanta en oncología para tratamientos a largo plazo.

Todas las medidas de bioseguridad contra la manipulación del cistostato son medidas necesarias para prevenir eventos que puedan poner en peligro la salud de los trabajadores de la salud.
Los riesgos de la manipulación de citostáticos no pueden estimarse debido a la falta de valores de referencia comparables, por lo que los procedimientos de trabajo seguros son la clave para minimizar la aparición de eventos adversos.

El uso de EPP es una práctica fundamental que destaca el uso de guantes como medida estandarizada que debe utilizar el personal en el manejo de medicamentos citotóxicos, ya que es necesario cambiarlos aproximadamente cada media hora.

Los efectos adversos que pueden resultar de la exposición del personal a los compuestos citostáticos son difíciles de detectar y pueden no ser evidentes durante años o incluso generaciones de exposición continua.

Los síntomas tempranos más comunes y fácilmente visibles son cambios en la piel y las membranas mucosas, como picazón, decoloración e irritación. También pueden presentarse náuseas, dolores de cabeza y malestar general.

La extravasación es la complicación más grave provocada por la administración de fármacos citotóxicos intravenosos y la detección precoz de estos síntomas es fundamental para tomar las medidas oportunas lo antes posible.

## 5 Discusión-Conclusión

El manejo de medicamentos citostáticos es una actividad que requiere prácticas laborales seguras y precisas para reducir los riesgos para la salud de los cuidadores y pacientes, ya que gran parte del daño que causan está determinado por la duración de la exposición.

El equipo de protección personal y los recipientes especiales para su eliminación, así como el correcto manejo de las excreciones del paciente, son fundamentales. Porque tienen efectos mutagénicos, cancerígenos y teratogénicos en el personal de enfermería si se utilizan de forma inadecuada.

Se puede observar que los especialistas que trabajan en este campo no están capacitados totalmente en el manejo de citostáticos, sus conocimientos son limitados o provienen de su propia experiencia, sería recomendable mejorar la educación en este sector para que se lleve a cabo un correcto manejo y manipulación de este tipo de fármacos.

## 6 Bibliografía

1-Sociedad Española de Oncología Médica. SEOM. Las Cifras del Cáncer en España [Internet] 2020. Disponible en: https://seom.org/dmcancer/cifras-del-cancer/
2-Instituto Nacional de Cáncer. NIH. Tipos de tratamiento [Internet]. 2020. Disponible en: https://www.cancer.gov/espanol/
cancer/tratamiento/tipos

3-Martín Lancharro P, Acuña Iglesias N, González Barcala FJ, Moure González J. Evidencia de la exposición a fármacos citostáticos del personal sanitario: revisión de la literatura reciente [Internet]. Scielo.isciii.es. 2016; 40. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.

## Capítulo 72

# CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN PACIENTES CON TRASTORNO LÍMITE DE LA PERSONALIDAD

TAMARA MERCEDES HERNÁNDEZ RAMÍREZ

FRANCISCO LÓPEZ CAMACHO

ADELA GILGADO DAVILA

## 1 Introducción

Podemos definir el Trastorno Límite de la Personalidad (TLP) simplemente como: un patrón general de inestabilidad en las relaciones interpersonales, la autoimagen y los afectos, y marcada impulsividad, que comienza en la edad adulta temprana y aparece en una variedad de contextos.

Aunque se utiliza el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales 5 (DSM-5) para diagnosticar el trastorno límite de la personalidad, se deben cumplir al menos 5 de los siguientes criterios diagnósticos: inestabilidad afectiva, ira inapropiada, impulsividad, relaciones inestables, sentimientos sensación de vacío. Paranoia o disociación, identidad alterada, miedo al abandono y suicidio o autolesión.

El trastorno límite de la personalidad es un trastorno de personalidad común con una incidencia de hasta el 6 % (2,3) y afecta a un 10 % adicional de los pacientes psiquiátricos ambulatorios y al 20 % de los pacientes psiquiátricos hospitalizados. Por este motivo, los pacientes con TLP requieren un contacto frecuente con el

personal médico para su seguimiento y control, siendo el personal de enfermería el más implicado.

Relaciones de enfermería y paciente

Los pacientes con trastorno límite de la personalidad (TLP) a menudo se describen como ”difíciles”. Los variados comportamientos de estos pacientes refuerzan esta creencia, como la ’manipulación’ (por parte de enfermeras y otros), la violencia, las quejas y la intolerancia por parte de los pacientes. Esto los hace mal tolerados e impopulares entre otras personas (incluidos los cuidadores) que reaccionan exageradamente, estigmatizan y, en general, son negativos. Trabajar con estos pacientes es muy difícil para las enfermeras y su actitud es peor que la de otros pacientes. Esto podría afectar negativamente la atención que reciben.

La información sobre cómo brindar atención e intervenciones a los pacientes con trastorno límite de la personalidad es esencial. Por ello, revisaremos la literatura sobre los regímenes que han resultado positivos para estos pacientes.

## 2 Objetivos

El principal objetivo de este documento es analizar las peculiaridades de los cuidados de Enfermería en el trastorno límite de la personalidad

## 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

Se ha encontrado que la mayoría de los cuidados generales para pacientes con trastorno límite de la personalidad están diseñados para satisfacer sus necesidades y se comparten con otros pacientes. La mayoría de las veces, están destinados a un uso rutinario, como administrar medicamentos y tomar alimentos

complementarios. En otros casos, se trata de medidas menos habituales, inserción de una sonda nasogástrica para lavado gástrico o tratamiento de heridas en caso de envenenamiento y autolesión. Estos tipos de atención no son diferentes de la atención brindada a otros pacientes.

Algunas intervenciones de enfermería se realizan en colaboración con un psiquiatra/psicólogo. En este apartado se han descrito algunas peculiaridades del tratamiento de estos pacientes.

Cuidados e intervenciones en pacientes con trastorno límite de la personalidad
- Atención específica y compartida a otros pacientes (administración de medicamentos, etc.).
- Cuidados de enfermería menos frecuentes (instalación de sonda gástrica, etc.).

Intervenciones de enfermería en colaboración con la psiquiatría

- En situaciones de emergencia, si el paciente está inquieto, primero se debe calmar y luego intentar controlar su comportamiento mediante técnicas como la desescalada o la inactivación verbal. y, como último recurso, la coerción física.
- Actitud positiva y empatía en situaciones de emergencia.
- Una actitud positiva hacia los pacientes, junto con un sentido de compromiso moral y habilidades interpersonales para mantener una mentalidad racional durante el conflicto, puede mejorar las relaciones y el cuidado.
- El uso de métodos en los que el paciente percibe aceptación, no rechazo.
- Manipulación adecuada de las puestas y contra-cuidado de las puestas.
- Los programas educativos aumentan el conocimiento de los cuidadores sobre el trastorno límite de la personalidad y proporcionan herramientas de gestión (concienciación).
- Las respuestas negativas de los cuidadores pueden interrumpir la atención del paciente y, en última instancia, dañar al paciente y al personal.
- El estigma social de los pacientes con trastorno límite de la personalidad (TLP) impide una adecuada relación terapéutica y por tanto conduce a una mala gestión asistencial.
- La supervisión clínica por parte de una enfermera psiquiátrica puede proporcionar a las enfermeras no profesionales los conocimientos necesarios y el apoyo emocional al tiempo que garantiza:

## 5 Discusión-Conclusión

Los pacientes con trastorno límite de la personalidad a menudo se describen como pacientes difíciles. En ocasiones, los cuidadores no especialistas tienen una respuesta insuficiente a las personas con trastorno límite de la personalidad.

Revisando posibles intervenciones de enfermería y prácticas de enfermería que pueden ser beneficiosas en el manejo de pacientes con TLP, se identificaron varias, en su mayoría en colaboración con la atención psiquiátrica (actitud positiva y empática, aceptación, eliminación del estigma social, buen manejo de la comunicación).

Las enfermeras que no son profesionales de la salud mental deben esforzarse en conocer a los pacientes con trastorno límite de la personalidad para aplicar cuidados e intervenciones adecuadas que beneficien a los pacientes

## 6 Bibliografía

Marín J, Román N, García M, González P. Prevención de la Contención Mecánica: Desescalada verbal desde la perspectiva enfermera (Internet). 2017 Murcia. Disponible en: https://www.codem.es/
Enfermería integral: Revista científica del Colegio Oficial de Enfermería de Valencia. 2015; 8: 47-55.

Caballero EU, Brenes LP, Arroyo MJL, García M del CR. Efectividad de una intervención sobre inteligencia emocional en enfermeras especialistas en salud mental. 2014. Disponible en: https://dialnet.unirioja.es/
servlet/articulo?codigo=6260165.

## Capítulo 73

# LOS CUIDADOS DEL PIE DIABÉTICO QUE PROPORCIONA EL PERSONAL DE ENFERMERIA DE ATENCIÓN PRIMARIA.REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA.

SHEILA DÍAZ MOLINA

ESTER MARIA RUBIO SANCHEZ

NOELIA GÓMEZ MUÑOZ

ROCÍO MONDÉJAR NAVARRO

SARAY ESTRADA FERNÁNDEZ

## 1 Introducción

El pie diabético consiste en una herida o úlcera que como consecuencia se produce una destrucción de los tejidos cutáneos profundos que está relacionado con la enfermedad vascular periférica en los miembros inferiores que ataca a personas con diabetes mellitus.

Padecer diabetes mellitus conlleva a padecer un riesgo elevado de complicaciones podológicas conocida como la neuropatía diabética con patologías anteriores al inicio de la úlcera junto con pequeñas lesiones o deformidades del pie.

Las úlceras del pie diabético se pueden infectar con frecuencia y fácilmente lo que conlleva a padecer problemas circulatorios y una afectación de nervios y vasos sanguíneos, que provocara que el aporte de sangre a los tejidos sea menor, pudiendo derivar en una gangrena. En la actualidad, la diabetes es la primera causa de amputaciones.

El pie diabético se presenta entre el 20-25% de todos los diabéticos y constituye un problema de salud pública por su alta frecuencia y por su alto coste sociosanitario, ya que genera un elevado número de ingresos hospitalarios y una de las principales fuente de gastos.
La gravedad de las complicaciones del pie diabético se debe al elevado riesgo e incidencia de amputaciones. Las úlceras tienden a agravarse si no se tratan con especial cuidado y no se detectan precozmente, llegando en muchos casos a gangrenarse, y con un único tratamiento posible, que es el de la amputación, suponiendo sufrimiento, incapacidad, disminución de la calidad de vida, riesgo de pérdida del miembro afectado y aumento de la mortalidad.

## 2 Objetivos

- Establecer las competencias de conocimientos, habilidades y actitudes necesarias en los profesionales de enfermería para el pie diabético.
- Conocer la importancia de una realización eficaz del manejo del pie diabético.
- Mejorar el abordaje multidisciplinar en cuanto al pie diabético.

## 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 varios estudios se evidenció que en un número significativo de pacientes analizados no recibieron un programa preventivo ni una valoración por parte del equipo de atención primaria, además tampoco tenían conocimientos sobre la importancia en el cuidado de los pies, identificación de factores de riesgo como la

enfermedad vascular periférica, neuropatía periférica, las deformidades en los pies, y los antecedentes de úlceras.

El cuidado de los pies, el conocimiento por parte de los pacientes y sus cuidadores de los cuidados de las úlceras y del manejo de la diabetes demuestran el papel que enfermería adquiere como labor fundamental para conseguir un estado de salud.

Los objetivos preventivos que se deben llevar a cabo para el cuidado de los pies en paciente con diabetes mellitus son:
-Mantener niveles óptimos de glucosa en sangre.
-Lavar los pies con agua templada, secar bien e inspeccionar diariamente en busca de lesiones.
-Hidratar bien, evitando el exceso de crema y los productos irritantes.
-Cortar y limar las uñas en recto.
-No caminar descalzo y utilizar un calzado adecuado, no demasiado apretado.
-Acudir al podólogo para el cuidado de callos y durezas.
-No utilizar mantas eléctricas para evitar quemaduras.
-Por parte de los profesionales se valorará una vez al año los niveles neurológico, vascular y biomecánico, con frecuencia de cada 6 meses en caso de mostrarse factores de riesgo.
- El paciente debe realizar una valoración diaria exhaustiva de los pies en busca de heridas o roces.
-Llevar a cabo una higiene adecuada, respecto a las uñas cortarlas de manera regular tras el baño, con la forma de los dedos para evitar bordes en pico susceptibles de clavarse en la piel,
- En cuanto al lavado de los pies, debe ser diario con agua templada y jabón, secándolos minuciosamente evitando la fricción excesiva.
- En zona seca de los talones, pueden aplicarse productos hidratantes naturales, no entre los dedos de los pies.

El autocuidado, la prevención y la reducción de complicaciones basadas en la identificación de los factores de riesgo, estado de la úlcera y necesidades individuales se dan abrigo en la consulta de enfermería aunque el pie diabético requiere de un abordaje multidisciplinar, ya que existen numerosas afectaciones en las extremidades que pueden ocurrir y precisar en algún momento de la intervención de algún especialista.

## 5 Discusión-Conclusión

Los estudios señalan que los protocoles de prevención primaria en conjunto con una correcta educación sanitaria del paciente y su familia desde la enfermería de atención primaria mejora la calidad de vida de estos pacientes, disminuye la frecuencia de las amputaciones relacionados con la diabetes y disminuye los ingresos hospitalarios, así como la mortalidad.

La creación de programas de prevención en el pie diabético reduce el gasto sanitario destinado a intervenciones quirúrgicas e ingresos hospitalarios. Es necesario desarrollar programas de prevención y tratamiento de la enfermedad y de sus complicaciones crónicas.

La educación diabetología y el control de los factores de riesgo previene las ulceraciones y amputación del pie diabético.

## 6 Bibliografía

- Registered Nurses' Association of Ontario (RNAO). Valoración y manejo de las ulceras del pie diabético. Guía de buenas prácticas clínicas. Canadá 2009.
- Morillas Herrera, J. C., y Martín Santos, F. J. (2011), «Consulta de Enfermería para pacientes crónicos», Revista Rol de Enfermería 24 (6); 467-47.
- Bulechek, G.G; Butcher, H.K; Dochterman, J.M; Wagner, Ch.M; Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC). Cuidados de los pies. Elsevier

## Capítulo 74

# EL TRIAJE. HERRAMIENTA UNICA DE ENFEMERÍA. REVISION BIBLIOGRAFICA

NOELIA GÓMEZ MUÑOZ

SHEILA DÍAZ MOLINA

ROCÍO MONDÉJAR NAVARRO

ESTER MARIA RUBIO SANCHEZ

MONICA ALONSO ALONSO

## 1 Introducción

Después de que un paciente llega a recepción, será llamado para que entre en la sala de triaje donde habrá una enfermera que procederá a presentarse y luego comprobará la identidad del paciente y posteriormente le hará una breve anamnesis.

Esta anamnesis consiste en preguntas sobre el motivo de la consulta médica, historial médico personal y alergias que tenga. Además se registrarán los signos vitales más importantes como la tensión arterial, frecuencia cardiaca y respiratoria, temperatura, saturación de oxígeno y la glucemia.

Esto se hace con el objetivo de determinar la prioridad de urgencia y clasificar al paciente en uno de los diferentes niveles existentes como pueden ser los siguientes:I Rojo (riesgo vital inmediato), II Naranja (muy urgente), III Amarilla (urgente), IV Verde (urgencia menor) y V Azul (situación no urgente).

Esta clasificación que se hace se llama sistema de triaje de Manchester (MTS) y es un sistema de clasificación y priorización diseñado en los años 90. Se trata de un sistema que es muy rápido en su ejecución, cada triaje dura entre 1 y 1,5 minutos y se puede usar tanto en pacientes adultos como en pacientes que se encuentren en la edad pediátrica.
En nuestro país, se usa desde el año 2004 y los primeros que empezaron a usarlo fueron los profesionales sanitarios del Servicio de Urgencias del Hospital de Orense y posteriormente termino extendiéndose al resto de hospitales.

## 2 Objetivos

Describir el papel de enfermería en el servicio de triaje, destacando su importancia.

## 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 llevar a cabo el rol de la enfermera en la zona de triaje es importante que conozca la organización y funcionamiento del servicio de urgencias en el que se encuentra, la estrategia utilizada, los recursos que tiene, tanto físicos como humanos, los registros y los servicios de apoyo con los que cuenta.

Además de que tiene que conocer las normas, protocolos y manuales, ya que no todos los hospitales funcionan de la misma manera y no siguen las mismas pautas de trabajo. Según el estudio realizado por Martín García M, se ha podido comprobar que los pacientes tras acudir a la sala de triaje están más complacidos por la atención inicial del personal de enfermería y presentan menos ansiedad a la hora de esperar en la sala de espera y valoran positivamente el poder hablar con una persona que muestra interés por su salud nada más llegar a un servicio de urgencias.

Además se ha logrado adelantar tiempo al solicitar pruebas radiológicas cuando la enfermera lo ve oportuno por el motivo de consulta. Según el estudio realizado por Cubero-Alpízar C, se considera que no hay diferencias entre los profesionales de enfermería y los médicos a la hora de llevar a cabo el sistema de clasificación de triaje.

Incluso se puede evidenciar que cuando se trata del personal de enfermería quien haga el triaje, se ha podido lograr un mejor dominio de flujo de pacientes en los servicios de Urgencias de los Hospitales. Esto permite poder ahorrar dinero, pero también permite ampliar las funciones del personal de enfermería en las salas de las urgencias hospitalarias.

En el estudio que ha realizado Cubero-Alpízar C se puede ver que el tiempo de espera en los servicios de Urgencias se relaciona con un mayor riesgo de muerte a corto plazo, originandouna gran saturación y provocando largas colas en los servicios de urgencia, incluso origina que muchos pacientes se vayan sin ser vistos y esto podría derivar en diversas complicaciones.

## 5 Discusión-Conclusión

El papel que desempeña el personal de enfermería en la zona de triaje es muy importante debido a que es una de las primeras personas a la que ve el paciente y es la encargada de evaluarlo para proceder a clasificarlo para posteriormente ser atendido por el personal médico en un tiempo que va a depender del tipo de clasificación del paciente que haga la enfermera. Debido a esto, es importantísimo que el personal de enfermería que desempeña sus funciones en triaje sea una persona suficientemente cualificada y con los conocimientos necesarios ya que la vida de un paciente depende principalmente del personal de enfermería de triaje porque es quien la va a valorar y determinar su clasificación. Un mal triaje puede provocar un empeoramiento de la salud del paciente ya que si es un paciente que debe de ser triado como rojo para ser atenido inmediatamente se tría como verde y no es atendido cuanto antes, puede fallecer.

## 6 Bibliografía

1. Manosalva Murillo J. Rol del enfermero en el área de triage. Av enferm. 2005;23(1):82-89.

2. Álvarez Baza MC. El triage en los servicios de urgencias hospitalarias: papel de la enfermera. Enferm clínica.2001;11(5):58-66.
3. Soler W, Gómez Muñoz M, Bragulat E, Álvarez A. El triaje: herramiento fundamental en urgencias y emergencias. An. Sist. Sanit. Navar. 2010;33(1):55-68.
4. Martín García M. Estudio del triage en el servicio de urgencias hospitalario. Rev. Enferm. CyL.2013;5(1):42-49.
5. Cubero-Alpízar C. Los sistemas de triage: respuesta a la saturación en las salas de urgencias.Rev. Enfermería Actual en Costa Rica.2014;27:1-12.

## Capítulo 75

# INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA EN PACIENTES CON ALZHEIMER. REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA.

ROCÍO MONDÉJAR NAVARRO

NOELIA GÓMEZ MUÑOZ

ESTER MARIA RUBIO SANCHEZ

SHEILA DÍAZ MOLINA

MONICA ALONSO ALONSO

## 1 Introducción

La enfermedad del Alzheimer es un tipo de demencia que suele darse en las personas de avanzada edad. Se puede decir que la demencia es un trastorno cerebral que anula las capacidades de una persona para poder hacer sus actividades diarias.

El avance del Alzheimer por lo general suele ser lento. Cuando se empieza desarrollar esta enfermedad en una persona, al principio suele afecta a las partes del cerebro que se encargan de la memoria, del pensamiento y del idioma. Una persona que olvida cosas que han ocurrido recientemente o el nombre de personas que conoce, es un síntoma clave de que está padeciendo Alzheimer. A medida que va pasando el tiempo, los síntomas de esta enfermedad se van agravando.

Con el paso de tiempo, una persona con Alzheimer pude llegar a no conocer a su familia, a tener problemas para leer, hablar o también para escribir.
Cuando la enfermedad está ya muy avanzada y se encuentra en sus últimas fases, estos pacientes pueden volverse agresivos y también dependientes.
Cuando esto ocurre, genera en los familiares una carga de estrés, ya que tienen que estar constantemente vigilados.
Por lo general, esta enfermedad suele aparecer a partir de los 65 años, pero también hay casos de gente más joven. Si hay antecedentes familiares de esta enfermedad, el riesgo de sufrirla es mayor.
Esta enfermedad es progresiva y degenerativa para la que a día de hoy no existe ningún medicamento para curarla, pero sí para que avance más lentamente y poder mejorar la calidad de vida de quien la sufre dentro de lo posible.

## 2 Objetivos

- Establecer las competencias de conocimientos, habilidades y actitudes necesarias en los profesionales de enfermería en el pacientes con Alzheimer.
- Conocer los factores de riesgo que aumentan esta enfermedad.
- Mejorar el abordaje multidisciplinar en cuanto a la enfermedad del Alzheimer.

## 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 decir que el Alzheimer es un tipo de demencia más común.
Normalmente el Alzheimer afecta a la memoria, a la capacidad de pensar y también afecta en la personalidad de quien la sufre, llegando a cambiar bruscamente su forma de ser. A medida que esta enfermedad va avanzando, la persona que la sufre se acaba convirtiendo en una persona dependiente.
Hay estudios realizados que aseguran que hay una serie de factores que aumentan el riesgo de poder sufrir esta enfermedad y son los siguientes:

- La edad: a medida que una persona se va haciendo vieja, las posibilidades de sufrir Alzheimer aumentan. A partir de los 65 años es cuando suele empezar a manifestarse esta enfermedad. No obstante, hay casos de Alzheimer que se manifestaron entre los 30 y los 65 años aunque no es muy habitual.
- Antecedentes familiares: las personas que en su unidad familiar cercana como pueden ser sus padres, hermanos o abuelos hayan sufrido Alzheimer, tienen mayor probabilidad de sufrirla.
- Genética: se puede decir que solo 1% de los casos de Alzheimer puede atribuirse a la genética. Según los estudios realizados, existen dos genes que pueden influir a la hora de desarrollar esta enfermedad y son los genes de riesgo y los genes deterministas.

La enfermedad del Alzheimer suele avanzar muy lentamente y sus síntomas se van agravando con el avance de la enfermedad.

Antes de que se empiecen a manifestar los primeros síntomas, esta enfermedad ya produce anteriormente cambios en el cerebro.

A partir de que comiencen los primeros síntomas, se pueden diferencias tres etapas de la enfermedad:

- La etapa temprana: en esta etapa la persona aún es independiente para poder hacer las osas por sí mismo. Sufre algún episodio pequeño de pérdida de memoria.
- Etapa media: es la etapa más larga y puede durar muchos años. En esta etapa la persona empieza a confundir palabras, desorientarse, cambios en la personalidad, hacer cosas repetitivas, etc.
- Etapa final: en esta etapa la persona pierde la capacidad de respuesta, no controlan sus movimientos, dificultad para comunicarse, etc. Se vuelve en una persona dependiente.

## 5 Discusión-Conclusión

Es muy importante identificar los primeros signos del Alzheimer para poder empezar cuanto antes con el tratamiento para ralentizar el avance de la enfermedad y mejorar la calidad de vida de la persona que la sufre en la medida de lo posible. Por desgracia, el Alzheimer no tiene cura, por lo que solo podremos ralentizar su avance.

Esta enfermedad es muy dura tanto para la persona que la sufre como para su familia, ya que es muy duro ver como esta persona se va degenerando poco a poco hasta terminar siendo dependiente por completo y se convierte en una carga para la familia por desgracia.

También es muy duro asimilar como un ser querido, puede llegar a olvidarse por completo de alguien con la que ha convivido muchos años.

## 6 Bibliografía

1-Alzheimer's and dementia testing for earlier diagnosis. Alzheimer's Association. 2-http://www.alz.org/research/science/earlier_alzheimers_diagnosis.asp. Accessed June 30, 2017.
2-Wolk DA, et al. Clinical features and diagnosis of Alzheimer disease. https://www. uptodate.com/contents/search. Accessed June 30, 2017.
3- Roberts RO, et al. Association between olfactory dysfunction and amnestic mild cognitive impairment and Alzheimer disease dementia. JAMA Neurology. 2016;73:93.

## Capítulo 76

# RESILIENCIA EN LOS PROFESIONALES DE ENFERMERÍA

SARA FERRERÍA IGLESIAS

CLARA FERNÁNDEZ GONZÁLEZ

MARIA DEL CARMEN BAÑÓN MARTÍN

LAURA LÓPEZ RAMÍREZ

LAURA VIGIL GONZALEZ

## 1 Introducción

La resiliencia puede definirse como "la capacidad de adaptarse positivamente a la adversidad, al enfrentarse al estrés o a sucesos traumáticos". Procede del vocablo anglosajón "resilience", que significa "recuperarse". La resiliencia ha sido conceptualizada de múltiples maneras, sin embargo, la mayoría de definiciones están basadas en dos aspectos centrales. Por un lado, la adversidad y, por otro, lado la adaptación positiva a la misma. De este modo, para que la resiliencia sea demostrada, ambas deben ser evidentes. Por un lado, cuando hablamos de adversidad, entendemos las circunstancias de la vida negativas que se encuentran ligadas con dificultades en la adaptación; así, hallamos resiliencia contra dificultades cotidianas o contra situaciones inesperadas; también hallamos adaptaciones positivas, definidas como "la competencia social conductualmente manifestada o el éxito en las tareas del desarrollo, apropiada y proporcional a la adversidad".

En este sentido, hay numerosas investigaciones que se han llevado a cabo en un entorno sanitario, entendiendo que el profesional de la salud, entre sus características, debe de poseer una alta resiliencia a causa de las características de su trabajo. En concreto, parece que las investigaciones enfermeras son las que predominan en la literatura científica sanitaria, ya que los profesionales de enfermería son testigos principales y directos del sufrimiento humano y hacen frente, diariamente, a entornos laborales adversos y estresantes. Además, lidian de manera diaria con otros factores de estrés, como es el personal temporal, la violencia y agresividad, falta de autonomía y flexibilidad, turnos, cambios organizativos y con otras cuestiones relacionadas con la salud y la seguridad laboral. A pesar de ello, el profesional no abandona su profesión, por lo que su resiliencia es alta. Es por este motivo por el que ha sido tan ampliamente estudiada.

## 2 Objetivos

El principal objetivo de este trabajo es analizar como los profesionales de enfermería desarrollan la resiliencia y la aplican en su trabajo diario.

## 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 15 años, cribando los resultados a términos referentes al tema del trabajo.

## 4 Resultados

Se encuentran distintos programas dirigidos al incremento del desarrollo de la resiliencia en profesionales de enfermería. La mayoría de dichos programas se dividen en varias sesiones consistentes en introducir el concepto de resiliencia, la promoción de la resiliencia, la construcción de la resiliencia y el fortalecimiento y generalización de la resiliencia. Dichos programas tienen una gran efectividad en la aplicación de este término de manera práctica en el día a día de los profesionales de enfermería. Sin embargo, como ya se ha mencionado previamente, estos trabajadores ya disponen de una base resiliente que les permite afrontar las dificultades de su trabajo de manera diaria, por lo que estos programas simplemente

se enfocan en su mantenimiento a medio y largo plazo.

Entre otros aspectos que se ligan a la resiliencia, se encuentra el hecho de que el profesional sea capaz de cambiar los diálogos de su vida negativos, reescribiendo el guion y viendo la perspectiva desde otro punto de vista; también ser capaz de elegir los caminos que le lleven a ser más resiliente, en contraposición a aquellos que mermen la resiliencia y sus decisión se vea dirigidas por el estrés; en tercer lugar, fomentar la empatía acerca a ver la vida a través de las experiencias de los demás; también el saber comunicarse, el ser asertivo, influye en la resiliencia; en quinto lugar, la aceptación de uno mismo, el autoconocimiento y la aceptación de los demás tal y como son se enfocan y desarrollan la resiliencia; en sexto lugar, el hecho de establecer distintos contactos sociales genera climas de trabajo agradables, mostrando compasión por los demás; en séptimo lugar, la aceptación y el ser capaz de lidiar con los fallos y errores diarios; en octavo lugar, ser capaz de manejar el éxito; en noveno lugar, desarrollar la autodisciplina y autocontrol a partes iguales; en décimo lugar, mantener estilos de vida resilientes que casen con los valores de la persona.

Para conseguir todo lo anterior, se han implementado distintas medidas que pueden funcionar como un complemento añadido, tales como: la relajación muscular o la práctica del mindfulness. Para acabar, se ha de mencionar que las investigaciones de enfermería sobre resiliencia abogan por la promoción del auto desarrollo de la resiliencia personal de una manera autodidacta, y no solo en el entorno sanitario. En este sentido, aunque la capacitación parece ser muy efectiva, el hecho de realizar prácticas como las mencionadas a nivel cotidiano y generalizado por el profesional, aumentan la capacidad de resiliencia de una manera significativa, apoyando el desarrollo de relaciones profesionales positivas y enriquecedoras, fomentando la positividad, siendo conscientes de las necesidades propias y de los demás, de las reacciones emocionales y desarrollando estilos de vida equilibrados.

## 5 Discusión-Conclusión

Se encuentra que la resiliencia presenta importantes implicaciones clínicas. En primer lugar, dominar el concepto de la resiliencia permite al personal de enfermería comprender mejor a los pacientes y ayudarles a superar situaciones de estrés, como es un proceso de enfermedad. Además, la aplicación de la resiliencia tiene implicaciones muy positivas en el propio profesional, ya que aumenta la autoestima, la capacidad de adaptación, la gestión emocional y el afrontamiento

de situaciones negativas de una manera más efectiva y adaptativa, generando un clima laboral más sencillo y flexible. Para acabar, se encuentra que los profesionales de enfermería que son resilientes son cruciales en los sistemas sanitarios, ya que es un lugar de cambio continuado y, por lo tanto, la residencia cobra una especial importancia.

## 6 Bibliografía

Arrogante, Ó. (2015). Resiliencia en Enfermería: definición, evidencia empírica e intervenciones. Index de enfermería, 24(4), 232-235.

Arrogante, Ó. (2014). Mediación de la resiliencia entre burnout y salud en el personal de Enfermería. Enfermería Clínica, 24(5), 283-289.

Caro Alonso, P. Á., & Rodríguez-Martín, B. (2018). Potencialidades de la resiliencia para los profesionales de Enfermería. Index de enfermerìa, 27(1-2), 42-46.

Recaball, C., & Elena, J. (2010). La resiliencia: una mirada desde la enfermería. Ciencia y enfermería, 16(3), 27-32.

## Capítulo 77

# LA IMPORTANCIA DEL LAVADO DE MANOS EN EL ÁMBITO SOCIAL Y SANITARIO PARA LA PREVENCION DE TRANSMISION DE ENFERMEDADES

AMPARO GOMEZ CODINA

ISABEL MARÍA OSSORIO SIMARRO

VERONICA MARTINEZ FRESNEDA

DAVID GÓMEZ GUALDA

CARMEN DIAZ TOBARUELA

## 1 Introducción

Se ha demostrado que las manos son una de las principales vías de entrada de infecciones en el cuerpo, ya que constantemente están en contacto con la nariz, los ojos y la boca.
Por tanto, una de las medidas más importantes para evitar enfermar y transmitir enfermedades a otras personas es un correcto lavado de manos.

Algunas de las enfermedades en las que se puede reducir la transmisión con un buen lavado de manos son:

-El resfriado común
-La gripe
-El herpes
-Algunas gastroenteritis
-El Covid-19
-La hepatitis A
- Las infecciones con microorganismos resistentes y no resistentes a los antibióticos

En nuestras manos pueden habitar más de 150 bacterias diferentes. Las manos de los hombres, contienen menos que las de las mujeres, porque tienen una piel más ácida y eso dificulta su crecimiento.

Podemos realizar una buena higiene de manos de dos maneras:

1.- Utilizando agua y jabón, durante al menos 40 segundos.
Debemos hacerlo después de haber usado el baño, haber ingerido alimentos, si las manos están sucias, si se ha tocado algo que puede estar contaminado y si las manos han sido desinfectadas en 4 o 5 ocasiones con una solución hidroalcohólica.

2.-Utilizando una solución hidroalcohólica.
Es una forma rápida y eficaz de desinfección

## 2 Objetivos

• Insistir en la importancia del lavado de manos, tanto en un ámbito sanitario, como en el social.
• Explicar la manera correcta de realizar un buen lavado de manos.

## 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 piel habitualmente está colonizada por microorganismos que se clasifican en dos grupos, que son:

-Los de flora residente: microorganismos permanentes en la piel de la mayor parte de las personas. Tienen la capacidad de sobrevivir en la piel de forma indefinida. Entre ellos se encuentran Corinebacterium, Staphylococcus C (-) y Difteroides que se multiplican y sobreviven en capas profundas.

-Los de flora transeúnte: son microorganismos que pueden quedar en la piel porque se adhieran desde el entorno o desde otra parte del cuerpo. Puede afectar a la piel o zona subcutánea.

Las zonas más propensas son el área perineal, la zona inguinal, las axilas, el tronco, la faringe, el tracto gastrointestinal, las extremidades, las fosas nasales y fundamentalmente las manos.

La OMS indica unas recomendaciones sobre un correcto lavado de manos, en las que se incluye por qué, cuándo y cómo hacerlo.

Además explica que miles de personas mueren al día en todo el mundo debido a infecciones que se contraen recibiendo atención sanitaria.

La higiene de manos es un procedimiento muy simple, que tiene como objetivo reducir el número de microorganismos que hay en la piel de las manos, de hecho, es la medida principal para reducir la incidencia de la propagación de gérmenes resistentes a los antimicrobianos, lo que hace mejorar la seguridad de la persona en todos los ámbitos.

Si se realiza con un preparado de base alcohólica o con un jabón antiséptico, se le llama desinfección de las manos.
Si el procedimiento se realiza con agua y jabón se le llama lavado de manos.

La higiene de manos debe realizarse siempre, entre otros casos:

-Antes, durante y después de manipular alimentos.
-Antes y después de comer.
-Después de sonarse la nariz, estornudar o toser.
-Antes y después de ir al baño.
-Antes y después de cambiar el pañal de un niño o de limpiarlo si ha ido al baño.
-Después de tocar un animal, excrementos de éste o alimentos para él.

-Después de tocar basura.
-Antes y después de cuidar a alguien que esté enfermo.
-Antes y después de curar heridas.

## 5 Discusión-Conclusión

Para que la higiene de manos sea efectiva tiene que realizarse bien. Si se hace de manera superficial y quedan partes sin lavar, pueden convertirse en foco de contaminación.
Un correcto lavado de manos es el mejor tratamiento para prevenir diferentes tipos de infecciones, tanto en el ámbito social como en el ámbito sanitario.
Es una medida sencilla y económica y su realización adecuada puede suponer un ahorro importante en cuanto a recursos sanitarios se refiere.
A pesar de ello tiene un escaso cumplimiento, por tanto, es fundamental el papel de enfermería a la hora de insistir en los beneficios que tiene esta medida tanto en el ámbito familiar como en el escolar y laboral mediante la educación para la salud.

## 6 Bibliografía

1.-Ministerio de Sanidad. Higiene de manos. Campaña de 2019, 2020, 2021 y 2022 (internet).
2.- Directrices de la OMS sobre higiene de las manos en la atención. Organización Mundial de la Salud. 2005.
3.-Directrices de la OMS sobre Higiene de las manos en la atención sanitaria. OMS
4.- https://seguridaddelpaciente.es/es/practicas-seguras/programa-higiene-manos/diez-preguntas-clave-sobre-higiene-manos/

## Capítulo 78

# ACTUALIZACIÓN DE CONOCIMIENTOS SOBRE LA LEY DE EUTANASIA Y ULTIMAS VOLUNTADES EN ESPAÑA

LAURA GARCIA MARTINEZ

ANA MARÍA ALVAREZ FUEYO

## 1 Introducción

El debate sobre la eutanasia, entendiéndolo desde el punto de vista de la bioética como del derecho, se abre paso en nuestro país y en los países de nuestro entorno durante las últimas décadas, no solo en los ámbitos académicos sino también en la sociedad.

Tras muchos años de lucha la "Ley Orgánica 3/2021, de 24 de marzo, de regulación de la eutanasia, introdujo en nuestro ordenamiento jurídico un nuevo derecho individual, la eutanasia, entendiéndola como la actuación que produce la muerte de una persona de forma directa e intencionada mediante una relación causa-efecto única e inmediata, a petición informada, expresa y reiterada en el tiempo por dicha persona, y que se lleva a cabo en un contexto de sufrimiento debido a una enfermedad o padecimiento incurable que la persona experimenta como inaceptable y que no ha podido ser mitigado por otros medios. La eutanasia conecta con un derecho fundamental de la persona el derecho a la vida, el cual debe compatibilizarse también con otros derechos y bienes, también protegidos constitucionalmente, como son la integridad física y moral de la persona (art.

15 CE), la dignidad humana (art. 10 CE), el valor superior de la libertad (art. 1.1 CE), la libertad ideológica y de conciencia (art. 16 CE) o el derecho a la intimidad (art. 18.1 CE). Cuando una persona plenamente capaz y libre se enfrenta a una situación vital que a su juicio vulnera su dignidad, intimidad e integridad, como es la que define el contexto eutanásico antes descrito, el derecho a la vida puede decaer en favor de los demás bienes y derechos con los que debe ser ponderado, no existe un deber constitucional de imponer o tutelar la vida a toda costa y en contra de la voluntad del titular del derecho a la vida" (1).

La ley de eutanasia era un clamor popular por el que muchas personas lucharon durante mucho tiempo, esta ley venía precedida por la Ley 1/2015, de 9 de febrero, de derechos y garantías de la dignidad de la persona ante el proceso final de su vida (2), sin embargo, esta ley no satisfacía completamente las necesidades de las personas en materia de cumplir totalmente su voluntad. Aceptar el derecho de las personas enfermas a rechazar una determinada intervención sanitaria también se corresponde con el respeto a la autonomía personal, a la libertad de cada cual para gestionar su propia biografía asumiendo las consecuencias de las decisiones que toma.

Todos los seres humanos aspiran a vivir dignamente y a que se respete el derecho de autonomía, dentro de la ética médica, por ello los movimientos a favor de la eutanasia han surgido con mayor fuerza en su intento por lograr la legislación de la eutanasia en los diferentes países. El ordenamiento jurídico es el encargado de concretar y proteger esta aspiración, entendiendo que la muerte también forma parte de la vida.

Analizando un estudio sobre la demografía paliativa en occidente, se concluyó que en España en 2015 habían fallecido 74.000 personas con un intenso sufrimiento en el último tramo de su vida, esto hace que nos preguntemos si este sufrimiento se hubiera podido evitar de haber recibido unos cuidados paliativos de calidad (3). Esto abre otro debate sobre la calidad de los cuidados paliativos. En España, los cuidados paliativos se han evidenciado deficitarios, ocupando el puesto 31 en el ranking de 51 países del Atlas de Cuidados Paliativos en Europa (4).

Morir constituye el acto final de cada ser humano, por tanto, el concepto de la vida digna alcanza también a la muerte. Una vida digna requiere una atención digna en la etapa final de la vida. Otro aspecto que puede generar debate es lo relacionado con el concepto de "calidad de vida" en los pacientes terminales, este concepto conlleva una carga de subjetivismo y un riesgo de arbitrariedad, y lo convierte en un tema bioético controvertido, es difícil determinar la "calidad de vida de una persona", ya que contiene un elemento subjetivo que difiere de una persona a otra (5).

Etimológicamente el término "Eutanasia", solo significa «buena muerte» y, en este sentido etimológico, podría significar esto, el ideal de la muerte digna. Sin embargo, esta palabra se ha ido cargando de numerosos significados y adherencias emocionales, que la han vuelto imprecisa y necesitada de una nueva definición. Con el fin de demarcar sus diversos significados se introducen, adjetivos como «activa», «pasiva», «directa», «indirecta», «voluntaria» o «involuntaria», resultando así una serie de confusiones entre la ciudadanía, profesionales sanitarios, los medios de comunicación e incluso los expertos en derecho o en bioética. En un intento de acotar el significado de la palabra eutanasia y remontándonos a la ley de voluntades anticipadas entendemos como tal las actuaciones que, a) producen la muerte de los pacientes, es decir, que la causan de forma directa e intencionada mediante una relación causa-efecto única e inmediata; b) se realizan a petición expresa, reiterada en el tiempo, e informada de los pacientes en situación de capacidad; c) se realizan en un contexto de sufrimiento debido a una enfermedad incurable que los pacientes experimentan como inaceptable y que no ha podido ser mitigado por otros medios, por ejemplo, mediante cuidados paliativos, y d) son realizadas por profesionales sanitarios que conocen a los pacientes y mantienen con ellos una relación clínica significativa.

Para muchos profesionales de salud la eutanasia y el suicidio asistido implican tomar medidas deliberadas para terminar o ayudar a terminar con la vida de otra persona y existe un mucha controversia sobre la aceptación de estos actos y si son éticamente distintas de las decisiones de retirar al tratamiento de soporte vital (6), por ello dentro de la ley de eutanasia en España también ha surgido la Ley de objeción de conciencia como un derecho fundamental de dichos profesionales, en su artículo Altisent. R et al analizan la intervención profesional y sus posibles lagunas en esta nueva ley (7).

## 2 Objetivos

Hacer una revisión sobre la ley de eutanasia recientemente aprobada en España, el contexto del que provenía y evidenciar la controversia generada en consecuencia.

## 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 cuestiones relacionadas con el proceso final de la vida representan una inquietud cada vez más disputada en nuestra sociedad. Los avances de la medicina y otras ciencias nos avocan a la prolongación de la vida o el mantenimiento de funciones vitales hasta límites insospechados, y si sumamos el envejecimiento de la población y el consiguiente incremento de personas con enfermedades crónicas, todo ello desemboca en que cada vez lleguen a una situación terminal un mayor personas con enfermedades degenerativas o irreversibles, caracterizada por la incurabilidad de la enfermedad causal, un pronóstico de vida limitado y un intenso sufrimiento personal y familiar, a menudo en un contexto de atención sanitaria intensiva altamente tecnificada. Para muchas personas el valor de la autonomía personal ha modificado profundamente los valores de la relación clínica, que debe adaptarse a la individualidad de la persona enferma. En una sociedad democrática, el respeto a la libertad y autonomía de la voluntad de la persona han de mantenerse durante la enfermedad y alcanzar plenamente al proceso final de la vida, este principio de autonomía a ido desplazando a la beneficencia, como primer principio de la ética médica.

Para entender el contexto de eutanasia y voluntades anticipadas debemos visualizar una serie de conceptos: a) «Consentimiento informado»: la conformidad libre, voluntaria y consciente del paciente, manifestada en pleno uso de sus facultades después de recibir la información adecuada, para que, a petición suya, tenga lugar una de las actuaciones descritas en la letra g). b) «Padecimiento grave, crónico e imposibilitante»: situación que hace referencia a limitaciones que inciden directamente sobre la autonomía física y actividades de la vida diaria, de manera que no permite valerse por sí mismo, así como sobre la capacidad de expresión y relación, y que llevan asociado un sufrimiento físico o psíquico constante e intolerable para quien lo padece, existiendo seguridad o gran probabilidad de que tales limitaciones vayan a persistir en el tiempo sin posibilidad de curación o mejoría apreciable. En ocasiones puede suponer la dependencia absoluta de apoyo tecnológico. c) «Enfermedad grave e incurable»: la que por su naturaleza origina sufrimientos físicos o psíquicos constantes e insoportables sin posibilidad de alivio que la persona considere tolerable, con un pronóstico de vida limitado, en un contexto de fragilidad progresiva. d) «Médico responsable»: facultativo que tiene a su cargo coordinar toda la información y la asistencia san-

itaria del paciente, con el carácter de interlocutor principal del mismo en todo lo referente a su atención e información durante el proceso asistencial, y sin perjuicio de las obligaciones de otros profesionales que participan en las actuaciones asistenciales. e) «Médico consultor»: facultativo con formación en el ámbito de las patologías que padece el paciente y que no pertenece al mismo equipo del médico responsable. f) «Objeción de conciencia sanitaria»: derecho individual de los profesionales sanitarios a no atender aquellas demandas de actuación sanitaria reguladas en esta Ley que resultan incompatibles con sus propias convicciones. g) «Prestación de ayuda para morir»: acción derivada de proporcionar los medios necesarios a una persona que cumple los requisitos previstos en esta Ley y que ha manifestado su deseo de morir. Dicha prestación se puede producir en dos modalidades:
1.ª) La administración directa al paciente de una sustancia por parte del profesional sanitario competente.
2.ª) La prescripción o suministro al paciente por parte del profesional sanitario de una sustancia, de manera que esta se la pueda auto administrar, para causar su propia muerte. h) «Situación de incapacidad de hecho»: situación en la que el paciente carece de entendimiento y voluntad suficientes para regirse de forma autónoma, plena y efectiva por sí mismo, con independencia de que existan o se hayan adoptado medidas de apoyo para el ejercicio de su capacidad jurídica.

## 5 Discusión-Conclusión

La legalización y regulación de la eutanasia se asientan sobre la compatibilidad de unos principios esenciales recogidos en la Constitución española. Los derechos fundamentales a la vida y a la integridad física y moral, y de otro, bienes constitucionalmente protegidos como son la dignidad, la libertad o la autonomía de la voluntad.
Hacer compatibles estos derechos y principios constitucionales es necesario y requiere una legislación respetuosa con todos ellos.
La Ley trata de legislar para respetar la autonomía y voluntad de poner fin a la vida de quien está en una situación de padecimiento grave, crónico e imposibilitante o de enfermedad grave e incurable, padeciendo un sufrimiento insoportable que no puede ser aliviado en condiciones que considere aceptables, lo que denominamos un contexto eutanásico.
Con ese fin, la Ley despenaliza la eutanasia en determinados supuestos, definidos claramente, y sujetos a garantías suficientes que salvaguarden la absoluta libertad de la decisión, descartando presión externa de cualquier índole.

# 6 Bibliografía

1. Ley Orgánica 3/2021, de 24 de marzo, de regulación de la eutanasia. BOE» núm. 72, de 25 de marzo de 2021, páginas 34037 a 34049 (13 págs.) https://www.boe.es/eli/es/lo/2021/03/24/3
2. Ley 1/2015, de 9 de febrero, de derechos y garantías de la dignidad de la persona ante el proceso final de su vida. BOE. núm. 54, de 4 de marzo de 2015 https://www.boe.es/eli/es-cn/l/2015/02/09/1
3. F.E.M. Murtagh, C. Bausewein, J. Verne, E.I. Groeneveld, Y.E. Kaloki, I.J. Higginson.
How many people need palliative care? A study developing and comparing methods for population-based estimates.
Palliat Med, 28 (2014), pp. 49-58 http://dx.doi.org/10.1177/0269216313489367
4. Arias N, Garralda E, Centeno C. Development and integration of Palliative Care across Europe. Chapter 1. Specialised Palliative Care Services for adults across Europe. EAPC Atlas of Palliative Care in Europe 2019; 45-47 [consultado 1 Mar 2021] Disponible en: https://fundadeps.org/recursos/Atlas-de-Cuidados-Paliativos-en-Europa-2019
5. Rodriguez Casas Rómulo César. Eutanasia: aspectos éticos controversiales. Rev Med Hered [Internet]. 2001 Ene [citado 2022 Abr 19] ; 12( 1 ): 32-36. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1018-130X2001000100007&lng=es.
6. Lavery JV, Dickens BM, Boyle JM, Singer PA. Bioethics for clinicians: 11. Euthanasia and assisted suicide. CMAJ. 1997 May 15;156(10):1405-8. PMID: 9164399; PMCID: PMC1227409.

7. Altisent R, Nabal M, Muñoz P, Ferrer S, Delgado-Marroquín MT, Alonso A. Eutanasia: ¿es esta la ley que necesitamos? [Euthanasia: is this the law we need?]. Aten Primaria. 2021 May;53(5):102057. Spanish. doi: 10.1016/j.aprim.2021.102057. Epub 2021 Apr 19. PMID: 33887603; PMCID: PMC8085896.

## Capítulo 79

# ACOMPAÑAMIENTO A PERSONAS MAYORES EN RIESGO DE EXCLUSIÓN SOCIAL

VICTAR ARCOS CIORRAGA

JOSE ESTEBAN ZAPATA LOPEZ

NATALIA DEL FRESNO LÓPEZ

M. DOLORES BAOS ARANDA

NOELIA DELGADO ARROYO

## 1 Introducción

La tendencia global de la población es hacia el envejecimiento, en un primer momento fueron los países muy desarrollados los que despuntaron con ese cambio en la distribución de sus pirámides demográficas pero a día de hoy se observa también en los países de ingresos medios/bajos. Éste envejecimiento es resultante de diversos factores directos, como son la disminución de la mortalidad y el aumento de la esperanza de vida, e indirectos como la natalidad y las migraciones. La situación es especialmente evidente en las zonas rurales, caracterizadas por contar con una población muy reducida y dispersa, limitando más aún las posibilidades de interacción social de los mayores.

El resultado de carencias afectivas, sociales y/o físicas, reales o percibidas, con impacto sobre el funcionamiento de la salud física y psicológica genera el con-

cepto de soledad. Ese impacto en la salud y calidad de vida convierten a la soledad en un condicionante que requiere una detección y respuesta rápida por parte de los profesionales de la salud, para dar respuesta a las necesidades de aceptación social, autorrealización y autoestima de los mayores.

La situación sanitaria de pandemia mundial vivida como consecuencia de la COVID-19 ha agravado el sentimiento de soledad por el distanciamiento social y el cumplimiento de cuarentenas, y deja tras de sí a una gran cantidad de mayores en riesgo de exclusión social por este motivo.

## 2 Objetivos

-valorar si tras la intervención de acompañamiento realizada por un grupo de voluntarios mejoran los síntomas depresivos de los mayores que viven en soledad sin ningún otro apoyo social

## 3 Metodología

Se trabaja con un grupo de 30 personas mayores, de más de 85 años, de una población rural, sin deterioro cognitivo y que viven solas sin recursos sociales de apoyo.

Se reúne un grupo de voluntarios que realizará acompañamiento durante una hora diaria a un grupo de nuestra muestra, seleccionado mediante muestreo no probabilístico, por conveniencia, durante un periodo de 6 meses. Durante este tiempo se hará un seguimiento, medido mediante escalas numéricas, de la evolución de los síntomas, tanto en el grupo que recibe el apoyo de voluntarios como en el que no.

Pasados los 6 meses se hará un análisis estadístico descriptivo e inferencial para valorar los resultados obtenidos, y dar respuesta a nuestra pregunta de investigación.

## 4 Bibliografía

-Iglesias de Ussel, J. (2001) La soledad en las personas mayores: influencias personales, familiares y sociales. Análisis cualitativo. MTAS, Madrid.

-Anaut, S., Caparrós, N., Calvo, J.J., (2008). Personas Mayores y exclusión social. España.
Universidad Pública de Navarra.

## Capítulo 80

# ANOMALÍAS CONGÉNITAS DEBIDO AL CONSUMO DE SUSTANCIAS EN EL EMBARAZO

VERONICA MARTINEZ FRESNEDA

AMPARO GOMEZ CODINA

ISABEL MARÍA OSSORIO SIMARRO

DAVID GÓMEZ GUALDA

CARMEN DIAZ TOBARUELA

## 1 Introducción

La Real Academia de la Lengua (RAE) define droga: "es una sustancia o preparado medicamentoso de efecto estimulante, deprimente, narcótico o alucinógeno''.

Las drogas se clasifican según las consecuencias que ejercen en el Sistema Nervioso Central (SNC). Se distinguen en tres grupos: drogas estimulantes, perturbadoras y depresoras.

La ingesta de estas sustancias en las mujeres gestantes conlleva consecuencias negativas para la salud de la mujer ocasionando efectos perjudiciales en el desarrollo del embarazo, dando lugar a malformaciones congénitas. El síndrome de abstinencia neonatal (SAN) ocurre a consecuencia de ello en las primeras horas de vida.

Es fundamental el papel de enfermería para la prevención y detección precoz. Es difícil su detección ya que las gestantes consumidoras de estas sustancias nocivas se evaden de la realidad, tienen culpabilidad y temor a ser descubiertas posponiendo las consultas prenatales con alta incidencia de negar la realidad.

Son numerosas las complicaciones obstétricas que una mujer embarazada consumidora puede provocar por la acción tóxica como son el desprendimiento prematuro de la placenta normo inserta (DPPNI), así como malformaciones estructurales en el feto, restricción del crecimiento intrauterino (RCIU), bajo peso al nacer, alterar la madurez del feto y alteraciones en el desarrollo del niño.

Se ha demostrado que existe un mayor riesgo de episodios hipertensivos en el embarazo dando lugar a preeclampsia y eclampsia, además un agravamiento es la prematuridad debido a la interacción que causa la droga en la placenta elevando la presión sanguínea y frecuencia cardiaca (FC), provocando además una alteración en la frecuencia cardiaca fetal (FCF).

Las gestantes consumidoras por lo general solicitan ayuda en las últimas etapas del embarazo lo que dificulta una buena adherencia al tratamiento. Este sector necesita un plan especializado con un enfoque bio-psico-social, cuanto mayor sea la dependencia más problemas psiquiátricos, legales e inconvenientes para llevar un tratamiento adecuado.

## 2 Objetivos

Objetivo principal:
- Dar a conocer las consecuencias de los efectos nocivos de las sustancias adictivas en la gestante y el recién nacido.

Objetivos secundarios:
- Conocer las distintas alternativas para el tratamiento en el embarazo de gestantes consumidoras de sustancias tóxicas.
- Describir el papel de enfermería en las mujeres gestantes con adicción y en el recién nacido.

## 3 Metodología

El presente trabajo se trata de una revisión sistemática de documentos, artículos en organizaciones científicas dedicadas al presente objetivo del tema tratar en

diferentes bases de datos como Pubmed, Scielo, Medline, entre otras.

Las etapas que reúnen el estudio sistemático incluyen la búsqueda, evaluación, análisis y síntesis, estas fases están protocolizadas.

# 4 Resultados

4.1 Sustancias psicoactivas

Las sustancias psicoactivas generalmente traspasan la placenta por difusión pasiva, causando toxicidad sobre el feto. La damnificación depende de las sustancias consumidas, vía de utilización, dosis y prolongación del consumo adictivo, así como la fase de gestación en el cual ocurre el consumo.

La fase de gestación en la que ocurre el consumo sirve para conocer las consecuencias del efecto tóxico durante el primer trimestre del periodo embrionario, se determina un periodo de fragilidad para generarse malformaciones congénitas o también llamado efecto teratógeno.

4.2 Manifestaciones clínicas en la gestante

El uso de sustancias psicotrópicas alteran la fisiología en el organismo (absorción, distribución, metabolismo, eliminación), aumentando la toxicidad y por ellos los efectos negativos dando lugar a numerosas complicaciones:

- Enlentecimiento del vaciado gástrico y disminución de la motilidad gastrointestinal causando un aumento en la absorción digestiva de la sustancia.

- Incremento del volumen corriente y reducción del volumen residual pulmonar aumentando la filtración de la sustancia fumada (tabaco, cannabis, etc.)

- La concentración de albumina disminuye, así como el metabolismo hepático y en consecuencia aumenta la cantidad de sustancia libre atravesando al feto a través de la placenta (sedantes).

- La sobredosis o intoxicación aguda en el recién nacido (RN) ocurre cuando la droga atraviesa al RN a través de la leche materna.

- Retraso obstétrico, debido a la comunicación tardía del problema.

- Incremento de infecciones con Hepatitis B y C, VIH, Toxoplasmosis, Citomegalovirus y Enfermedades de transmisión sexual.

- Anemias en las gestantes debido a la escasa ingesta nutricional ocasionando partos prematuros y neonatos de bajo peso generando trastornos alimentarios.

- Alteraciones digestivas como diarreas y vómitos.

- Efectos cardiacos como arritmias, bradicardias, taquicardias, etc.

- Enlentecimiento de la atención, memoria, coordinación.

Existen numerosos estudios que demuestran como las gestantes consumidoras presentan ansiedad, agitación, convulsiones, alucinaciones, inconciencia, anemia y pérdida de apetito lo que conlleva que el RN tenga un bajo peso al nacer.

4.3 Manifestaciones clínicas en el feto y recién nacido

Los efectos que se producen en el feto y RN debido al consumo de sustancia psicotrópicas se basarán dependiendo del periodo y cantidad durante la etapa de gestación, pudiendo dar lugar a manifestaciones de forma precoz o tardías, entre ellas se encuentran:

- Partos prematuros debido a la modificación en el ciclo de la gestación.

- Alteraciones del crecimiento fetal, malformaciones causadas por el abuso de sustancias, como bajo peso al nacer.

- Sufrimiento fetal intraparto y mortalidad perinatal tras el nacimiento con riesgo aumentado de mortalidad perinatal.

- Enfermedades de trasmisión durante el embrazo y el parto.

- Deficiencia en los estilos de vida saludables como falta de higiene, malnutrición, etc.

- Estrés fetal provocando la deposición del meconio junto al síndrome de aspiración.

- Hiper-estimulación del SNC lo que conlleva a hiperactividad, llantos, temblores, convulsiones.

- Alteraciones digestivas como vómitos, diarreas, regurgitaciones.

- Trastornos cardiorrespiratorios como aleteo nasal, taquicardia, apnea.

4.4 Tratamiento

4.4.1 Tratamiento maternal

Las gestantes consumidoras llevan un tratamiento individualizado adaptándose a las circunstancias de casa sujeto.

El abordaje en el tratamiento de dichos sujetos es multidisciplinar:
- Seguimiento ambulatorio.
- Control de constantes vitales.
- Consultas con psicología y unidades de apoyo.
- Tratamiento farmacológico.
- Tratamiento no farmacológico.
- Hospitalización.

4.4.1.1 Tratamiento farmacológico en el embarazo

El tratamiento farmacológico en el embarazo consiste en una primera dosis de 1 mg de metadona (equivale a 2 mg de H), posteriormente se disminuye la cantidad pautada hasta suspender la dosis.
Es importante resaltar que cada tratamiento de la gestante es individual y depende del periodo y dosis de consumo en la gestación.

4.4.2 Tratamiento neonatal

La finalidad del tratamiento neonatal consiste en minimizar los efectos y complicaciones de SAN, entre el abordaje multidisciplinar, destacan:

- Control de signos vitales.
- Realizar Apgar y Capurro.
- Mantener un ambiente relajado, reduciendo los estímulos sensoriales.
- El tratamiento farmacológico dependerá de las manifestaciones del RN Y su gravedad basándose en la escala de Finnegan.
- El tratamiento de elección cuando se consume una droga es la morfina vía oral pero sin embargo cuando existe el consumo de múltiples drogas la segunda elección del tratamiento es el fenobarbital o ambos.
- La tabla de Finnegan marca un protocolo de elección dependiendo del Apgar si es igual o mayor a 8 se administra tratamiento farmacológico similar al que ocasiona la obtención.
- Como anteriormente se ha mencionado, el tratamiento de elección es la morfina pudiendo aumentar la dosis cada 4 horas desde su inicio hasta el cese de los síntomas

- Dependiendo de cómo reacciona al tratamiento el paciente se generan unas dosis establecidas en relación con la puntuación de la escala disminuyendo paulatinamente en un 10 % para evitar consecuencias negativas como el efecto rebote.

4.5 Papel de enfermería en el manejo de consumo de sustancias en el embarazo

El papel de enfermería es esencial para realizar una valoración y diagnostico eficaz precoz, debido al contacto estrecho con el RN desde el día de su nacimiento.

Los cuidados de enfermería ejercen diversas funciones, engloban desde mantener un aporte nutricional adecuado con un peso ideal hasta ayudar al RN a adaptarse en el entorno ambiental. El tratamiento farmacológico queda en un segundo plano como así indica la Academia Americana de Pediatría que no debe ser la primera alternativa, además del gasto económico que supone.

La gestación es una época eficaz para solicitar ayuda y responder al tratamiento oportuno. Los sentimientos, emociones, apego madre-hijo son estímulos para lograr una buena adherencia al tratamiento mediante los movimientos fetales.

El tratamiento más eficaz para la mujer adictiva en el embarazo es la estancia en un centro especializado, hay dos opciones, de servicio ambulatorio u hospitalizado.

La predicción es adecuada cuando existen programas de valoración pre y postnatal, así como apoyos psiquiátricos, terapéuticos, al contrario ocurre cuando existe más dependencia de una o dos sustancias mayor mas inconveniente mayor es la dificultad para conseguir un permanencia en tratamiento adecuado de manera especializada y continuada

## 5 Discusión-Conclusión

Las consecuencias negativas que conlleva el abuso de sustancias toxicas en la gestante encontramos que las más frecuentes son el síndrome de abstinencia seguido de placenta previa y restricciones en el crecimiento intrauterino.

Los efectos perinatales con mayor incidencia es el síndrome de abstinencia neonatal y parto prematuro. A largo plazo, se evidencian trastornos conductuales, como el trastorno por déficit de atención e hiperactividad, defectos congénitos y problemas conductuales en la etapa preescolar como trastorno en el patrón de alimentación, enfermedades infectocontagiosas.

Las sustancias adictivas con mayor incidencia en el consumo de las gestantes se encuentran en primer lugar el tabaco, seguido del consumo de tabaco y marihuana.

Existen distintas alternativas a la terapia farmacológica que evidencia los efectos positivos de charlas informativas de las complicaciones y efectos perjudiciales que conlleva el uso de sustancias toxicas durante el embarazo.

Entre los tratamientos demostrados eficazmente se encuentran llevar un seguimiento periódico de consultas gestacionales para minimizar o eliminar los factores de riesgo y así evitar posibles complicaciones tanto en la gestante como en el feto a corto y largo plazo. Además de llevar un buen asesoramiento de pautas de higiene y alimentación dependiendo de la etapa que se encuentre la gestante.

El papel de enfermería juega un papel importante para mejorar el bienestar de la gestante y recién nacido mediante formaciones especificas por parte de los profesionales de salud adaptadas a las circunstancias y necesidades psicosociales de cada usuario, así como los cuidados específicos en las unidades de neonatología, consultas periódicas con la gestante y familiares para adoptar medidas de protección e iniciar tratamientos de manera precoz.

# 6 Bibliografía

1. Baque CAC, Pincay GMB, Parrales GMM, Sánchez LXB, Regalado GLM, Sigcha AJG. Preeclampsia y eclampsia en pacientes atendidas en el área de emergencia del Hospital Verdi Cevallos Balda julio 2016-junio del 2017. Dominio de las Ciencias. 2018;4(3):278–293.
2. Valero Atienza F. Análisis del consumo de drogas de abuso en mujeres que interrumpen voluntariamente su embarazo. 2016.
3. Basterra Muzás A. Complicaciones materno-infantiles del consumo de cannabis. 2020.
4. Yagual Montoya NDJ. Consumo de droga H como factor de riesgo de embarazos adolescente. Universidad de Guayaquil; 2019.
5. Codina L. Revisiones bibliográficas sistematizadas: procedimientos generales y Framework para ciencias humanas y sociales. 2018.
6. Loredo Abdalá A, Casas Muñoz A, Monroy LLaguno DA. La cocaína: sus efectos en la mujer embarazada y en el producto de la gestación. Revista de la Facultad de Medicina (México. 2014;57(3):5–8.

7. Diaz JPZ, Fonnegra JR, Berrouet MC. Síndrome de abstinencia neonatal. Pediatría. 2017;50(2).
8. Moral Sánchez S, Rodríguez Lozano C. Revisión bibliográfica de la escala de valoración Finnegan para el diagnóstico del síndrome de abstinencia neonatal. Salut-UAB; 2018.
9. Blasco-Alonso M, González-Mesa E, Gálvez Montes M, Lozano Bravo I, Merino Galdón F, Cuenca Campos F, et al. Exposición a tabaco, alcohol y drogas de abuso en gestantes. Estudio de prevalencia en gestantes de Málaga (España). Adicciones. 2015;27(2):99.
10. Gálvez AMP. Síndrome de abstinencia neonatal: evolución en los últimos diez años. Enfermería Global. 2014;13(4):337–352.

## Capítulo 81

# FENÓMENO CHEMSEX

SARA LEÓN PÉREZ

JORGE JUBERA SÁENZ

## 1 Introducción

Este término surge de la unión de las palabras chems (chemicals) y sex y se conoce como: "Uso intencionado de drogas para tener relaciones sexuales por un período largo de tiempo (que puede durar varias horas hasta varios días)" entre hombres gais, bisexuales y otros hombres que tienen sexo con hombres (GBHSH), cuyo elemento clave es "el tiempo, porque a mayor tiempo puede ocurrir mayor exposición a diversos riesgos o daños".

Tiene lugar en casas particulares, pero también se da en saunas, clubs de sexo, hoteles…Suele practicarse en solitario, en pareja o en tríos y con frecuencia incluye sexo grupal.

Algunas de las sustancias más utilizadas son: GHB/GBL, Mefedrona, Metanfetamina, Poppers, Cocaína, Ketamina, Éxtasis y Viagra, siendo habitual el policonsumo. La mayor parte de ellas, proporcionan aumento del deseo sexual y una desinhibición muy deseada en sus relaciones sexuales.
El patrón de consumo de estas sustancias puede ser:
- Experimental: Primeras experiencias practicando chemsex.
- Ocasional: Asociado a festivales de ocio.
- Habitual: Durante los fines de semana, pudiendo evolucionar a cualquier día de la semana.
- Diario: Sin necesidad de estar asociado a la actividad sexual.

En España, su práctica es más frecuente en ciudades grandes y en destinos de turismo gay; además su expansión ha sido facilitada por el uso de nuevas tecnologías (aplicaciones de contactos gay) y el auge de los grandes eventos internacionales de ocio gay.

El aumento exponencial de su práctica puede facilitar no sólo la transmisión sexual del VIH y ITS (infecciones de transmisión sexual), sino también otros problemas y complicaciones para la salud física, mental y social de aquellos que lo practican.

## 2 Objetivos

1. Dar a conocer resultados sobre VIH e ITS, además de problemas relacionados con el uso de sustancias en el contexto del chemsex.
2. Favorecer las relaciones multidisciplinares entre profesionales, así como la colaboración entre los servicios asistenciales y las entidades LGTBQ+.

## 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 prácticas intensivas y continuadas de chemsex pueden tener graves consecuencias para la salud, ocasionando: alto riesgo en la adquisición y transmisión del VIH e ITS, consumo de sustancias adictivas, impacto sobre la salud mental, deterioro físico, hipersexualización del ocio y reducción del rendimiento laboral o académico.

Un estudio europeo ha descrito que las personas que participan en sesiones de chemsex tiene hasta 5 veces más riesgo de adquirir el VIH, además existe una elevada incidencia de reinfección de VHC en hombres con VIH.

En España, y de la mano de la Secretaría del Plan Nacional sobre el SIDA, se

ha podido realizar un perfil de las personas que practican chemsex, pudiendo ser el siguiente: varón de mediana edad (35 años), de nacionalidad española, con estudios superiores y activo laboralmente, más del 50% ha mantenido relaciones sexuales sin preservativo y casi el 70% ha sido diagnosticado en el último año de alguna ITS, siendo las más prevalentes Sífilis, Gonorrea y Clamidia.
La mayor parte de ellos inician el contacto a través de aplicaciones de contactos o páginas web utilizando variantes lingüísticas o palabras encriptadas como, "sesión", "fiesta", "colocón" o "vicio" además de emoticonos y acrónimos.
Las drogas más utilizadas por orden de consumo serían: Poppers, GHB, Alcohol, Cocaína, Éxtasis, Mefedrona, Metanfetamina, Ketamina e Inhibidores de la fosfodiesterasa.
Es importante recalcar las implicaciones clínicas del consumo de drogas dentro de la práctica de chemsex, pues se han visto interacciones con fármacos antirretrovirales que han provocado un aumento de la toxicidad de la droga y por tanto potenciales casos de sobredosis.

Las motivaciones que llevan a las personas a participar en esta práctica van desde la soledad, el sentirse libres sexualmente, el miedo al rechazo y la vergüenza hasta la presión de grupo ya que "todo el mundo lo hace".

## 5 Discusión-Conclusión

El fenómeno chemsex plantea un importante problema de Salud Pública. El aumento significativo de las ITS en su mayoría asintomáticas impiden realizar un diagnóstico precoz y por tanto frenar su transmisión. Además su práctica ha visto crecer el diagnóstico de VIH y VHC debido a la práctica sexual sin protección.
Por otro lado, el uso de sustancias psicoactivas que incrementan la intensidad y el placer sexual puede desembocar en alteraciones de la realidad, lo que provoca un aumento de la vulnerabilidad de la persona que lo consume.

Las organizaciones comunitarias LGTBQ+ son un recurso de referencia para estas personas pues son un punto de información y apoyo. Es por ello, que junto con los Servicios Públicos (Centros de atención a adicciones, Centros de ITS, Equipos de Salud Mental, Urgencias hospitalarias o Servicios de enfermedades infecciosas) debe existir una estrecha colaboración y coordinación con el fin de proporcionar una atención personalizada, integral, integrada e interdisciplinar, evitando en todo momento cualquier tipo de juicio moral, discriminación o estigmatización.

Además es necesario reforzar los sistemas de vigilancia epidemiológica, con el fin de obtener más datos sobre este fenómeno en auge y así conocer su impacto en la salud de las personas y en la Salud Pública.

Es importante recordar que desde el Ministerio de Sanidad se recomienda la realización de las pruebas de ITS al menos una vez al año en hombres GBHSH. En usuarios de alto riesgo se recomienda el cribado de VIH, Sífilis, Gonorrea y Clamidia cada 3-6 meses y cada 12 meses en el caso de VHC.

## 6 Bibliografía

1. "Abordaje del fenómeno del chemsex". Secretaría del Plan Nacional sobre el Sida. Ministerio de Sanidad. 2020.
2. "Informe sobre chemsex en España". Secretaría del Plan Nacional sobre el Sida – Grupo de trabajo sobre chemsex Ministero de Sanidad. 2019

## Capítulo 82

# LA OBESIDAD. PROBLEMA DE ACTUALIDAD

DAVID GÓMEZ GUALDA

CARMEN DIAZ TOBARUELA

ISABEL MARÍA OSSORIO SIMARRO

VERONICA MARTINEZ FRESNEDA

AMPARO GOMEZ CODINA

## 1 Introducción

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la obesidad como una acumulación anormal o excesiva de grasa que puede ser perjudicial para la salud.
En la actualidad, en España se estima que alrededor del 24% de la población padece sobrepeso u obesidad, España se ha convertido en uno de los países en el que ha aumentado la incidencia de esta enfermedad, con un aumento que hace saltar las alarmas principalmente en los niños menores de 10 años, se estima que 1 de cada 3 niños en España sufre problemas derivados del exceso de peso.
Según la OMS las cifras de pacientes que pueden verse afectadas de esta enfermedad en 2030 pueden aumentar hacia el 35% de la población española.
El sobrepeso y la obesidad pueden ser la causa de otros numerosos problemas de salud en la población, por eso como profesionales debemos brindar recursos a la población para reconocer y afrontar estilos de vida que no son saludables.

En el pasado la mayoría de trabajos se realizaban con una gran parte física que implicaba un gasto de energía, pero en la actualidad debido principalmente a la modernización de los trabajos ha aumentado el sedentarismo considerablemente, disminuyendo el gasto energético y aumentando la ingesta de comida excesivamente azucarada y grasa gracias en gran medida a la publicidad que nos incita a comer y a la fácil disponibilidad de estos productos.

## 2 Objetivos

-Conocer el estado del problema de la obesidad en la población en la actualidad.
-Describir las pautas y estilos de vida saludables para afrontar la obesidad.

## 3 Metodología

Para la realización de este capitulo 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: obesidad, rol de enfermería, terapia de obesidad, complicaciones de la obesidad.

## 4 Resultados

La obesidad, actualmente es unos de los principales problemas sociales y de salud pública, se ha visto incrementado de manera exponencial desde hace varias décadas, principalmente en aquellos países del primer mundo, pero seguido muy de cerca de aquellos países que se encuentran en vías de desarrollo.
La principal justificación de este incremento viene determinada por un ambiente obesogénico, la población ha cambiado los principales hábitos de vida, pasando a una vida más sedentaria.

La revolución en la industria alimentaria ha cambiado la forma en la que nos alimentamos, poniendo al alcance de toda la población gran cantidad de productos que no son nada saludables, pero que con una buena campaña publicitaria y el aporte de un gran sabor y una alta palatibilidad hacen que apetezcan a todas horas, estos productos normalmente vienen determinados por una alta cantidad de azucares y grasas, un claro ejemplo es la bolleria industrial, la cual es relativamente barata, de fácil disponibilidad y con una fecha de consumo prolongada.

Diversos estudios constatan que la obesidad no es solo la consecuencia de comer más cantidad de la necesaria, sino es el resultado de todas aquellas modificaciones tanto nutricionales como ambientales, en las que el aumento de peso es la consecuencia normal del organismo ante tal cantidad de energía.

Se han encontrado varias encuestas en las que la población tiene dificultades a la hora de alimentarse saludablemente: el precio de las frutas y verduras, la capacidad o la sabiduría para elaborar alimentos saludables, el tiempo necesario para la preparación de estos, una nutrición adecuada dentro del marco familiar, la gran predilección por bebidas azucaradas de gran contenido calórico, o el sabor de nuestras verduras y hortalizas las cuales son de gran aporte nutricional y bajo aporte calórico.

Con el tiempo se ha ido estableciendo en la población la preferencia en la utilización del tiempo libre en el uso de pantallas: televisión, ordenador, móviles…quedando la actividad física en el olvido.

Normalmente cuando una persona que padece obesidad intenta buscar ayuda en médicos o nutricionistas y muchos de ellos desconocen que la enfermería puede hacer uso mediante la prevención y diagnostico de la obesidad con una atención íntegral para la enfermedad.

Enfermería se encarga de la realización del proceso de atención de enfermería encaminando los cuidados para esta situación, estableciendo un juicio clínico. Enfermería lleva a cabo el proceso enfermero con sus 5 fases: valoración, diagnóstico, planificación, ejecución y evaluación.

Dependiendo del paciente y los diagnósticos de enfermería detectados se establecerán diferentes objetivos e intervenciones, nos podemos centrar en estas últimas pues son comunes para todos los pacientes que tienen sobrepeso:
-Educacion para la salud.
-Fomento del ejercicio.
-Asesoramiento nutricional.
-Manejo de la nutrición.
-Manejo del peso.

## 5 Discusión-Conclusión

Es significativo seguir investigando el aumento de la obesidad en la población, recientemente se esta descubriendo como la población comienza a padecer obesi-

dad a una edad mas temprana y es de principal importancia la labor de la enfermería en atención primaria impartiendo clases y charlas en los colegios e institutos para promover la salud, es ideal destacar la utilización de la Enfermería Basada en la Evidencia para poder afrontar estos problemas.
De todo esto se puede determinar que los profesionales de enfermería son capaces de establecer una atención integral a los pacientes que sufren de obesidad, gracias al pensamiento crítico y la constante actualización de los conocimientos.

## 6 Bibliografía

Ramos-Pino JM, Carballeira Abella M. Conocimientos, creencias y actitudes sobre la obesidad y el sobrepeso en una muestra de dietistas-nutricionistas de España. Nutrición Hospitalaria [Internet]. enero de 2022 [citado el 18 de abril de 2022];39(1):63–72. Disponible en: https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=ccm&AN=155199508&site=ehost-live

SOBERANIS-SOBERANIS D, VILLALOBOS-AGUAYO P, AMADOR RÍOS-OLIVEROS L. Ambientes obesogénicos asociados a la obesidad y sobrepeso en los estudiantes de medicina de la Universidad Autónoma de Guerrero (UAGro). Revista Mexicana de Endocrinología, Metabolismo y Nutrición [Internet]. julio de 2019 [citado el 18 de abril de 2022];6(3):132–9. Disponible en: https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=ccm&AN=139469205&site=ehost-live

Malo-Serrano M, Castillo N, Pajita D. La obesidad en el mundo. An Fac med. 2017; 78(2):173-8. https://doi.org/10.15381/anales.v78i2.13213

Ospina Ayala C, Cañon Montañez W, Rodríguez Acelas AL. Una mirada desde el proceso de enfermería modificado al manejo del sobrepeso y obesidad. Revista Cuidarte [Internet]. enero de 2020 [citado el 19 de abril de 2022];11(1):1–5. Disponible en: https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=ccm&AN=141958624&site=ehost-live

José Aguilar-Cordero M, Alejandra León-Ríos X, María Rojas-Carvajal A, Latorre-García J, Pérez Castillo ÍM, Manuel Sánchez-López A, et al. Efectos de la actividad física sobre la calidad de vida en niños con sobrepeso y obesidad. Nutrición Hospitalaria [Internet]. julio de 2021 [citado el 19 de abril de 2022];38(4):736–41. Disponible en: https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=ccm&AN=151640956&site=ehost-live

Fabiola García-Martínez A, Patricia Hernández-Valdez M, L'Gamiz-Matuk A, Incontri-Abraham D, Ibarra A, García-Martínez AF, et al. Efecto del sobrepeso y la obesidad sobre la función cognitiva en niños de 8 a 12 años de

edad: estudio descriptivo con diseño transversal. Nutrición Hospitalaria [Internet]. julio de 2021 [citado el 19 de abril de 2022];38(4):690–6. Disponible en: https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=ccm&AN=151640949&site=ehost-live

## Capítulo 83

# MEDIDAS NO FARMACOLÓGICAS APLICADAS PARA EL CONTROL DE COVID-19

VICTAR ARCOS CIORRAGA

JOSE ESTEBAN ZAPATA LOPEZ

NATALIA DEL FRESNO LÓPEZ

M. DOLORES BAOS ARANDA

NOELIA DELGADO ARROYO

## 1 Introducción

La pandemia de COVID-19 nos ha llevado a recordar los principios más básicos de la enfermería. Se hace mención a la célebre Florence Nightingale, símbolo de la enfermería, que nos dio a conocer la necesidad de mantener el medio que rodea al enfermo en las mejores condiciones higiénicas para la consecución de los más altos resultados posibles en la recuperación de su salud. Así, el aire puro, el agua pura, el alcantarillado eficaz y la limpieza y la luz adecuada, se convierten en las bases para el cuidado del ambiente en el que nos desenvolvemos, para favorecer el óptimo desarrollo de la enfermedad hacia la salud.

Otro complemento indispensable de barrera puesto de manifiesto actualmente con la irrupción de la COVID-19, han sido las mascarillas, utilizadas desde muy

antiguo en otros momentos críticos de la historia sanitaria por el mundo, sirva de ejemplo la peste que asoló la ciudad de Marsella entre 1720 y 1722, y las llamadas máscaras de pájaro usadas durante las epidemias de peste europeas ocurridas a partir del siglo XIV.

Con todo esto, se han llevado a cabo una serie de actuaciones no farmacológicas, de contención, a nivel comunitario, en respuesta a la rápida propagación de la mencionada COVID-19.

## 2 Objetivos

Exponer medidas no farmacológicas básicas, aplicadas en el ámbito comunitario, para la contención de COVID-19, durante el periodo comprendido entre enero a agosto 2021.

## 3 Metodología

Se ha realizado una búsqueda bibliográfica en diversas fuentes de datos:
- Pubmed
- Cochrane
- Dialnet
- Google académico

Con toda la información recopilada de los medios expuestos, se ha realizado una síntesis con la que poder dar respuesta a nuestro objetivo planteado.

## 4 Resultados

Inmersos en la pandemia mundial por COVID-19, durante los meses de agosto a septiembre de 2021, la vacunación masiva está completándose entre los grupos de edad más jóvenes, a partir de septiembre se prevé comenzar en los niños de 5 a 11 años.

Las medidas aplicadas por los departamentos de sanidad de cada Comunidad Autónoma se van aliviando con respecto a meses anteriores en los que la vacunación aún no había comenzado o era baja, y la incidencia de la enfermedad era más alta.

Los equipos de vigilancia epidemiológica formados en respuesta a la estrategia de vigilancia y control frente a COVID-19 por iniciativa del Ministerio de Sanidad y Consumo del Gobierno de España, se encargan de la entrevista del caso positivo para captación de sus contactos estrechos, en el ámbito familiar, social, y laboral, así como escolar.

En cada llamada se incide acerca de las medidas no farmacológicas indicadas para la contención de la propagación de la enfermedad, entre las que cabe destacar:
–reducir el número de contactos estrechos:
Evitando reuniones familiares de grupos numerosos en los que confluyan varios núcleos distintos.
Fraccionando las clases en colegios y centros docentes para ampliar la distancia entre alumnos.
Distanciando a las personas mayores en comedores y estancias comunes, de centros residenciales y de estancias diurnas.
Aumentando la distancia entre trabajadores en empresas en las que por las características del puesto sea posible, evitar reuniones entre distintos departamentos siempre que no puedan mantenerse las distancias y demás medidas.
–lavado de manos con agua y jabón, haciendo hincapié en pliegues y zona de uñas, siempre que las manos estén sucias. Realizar desinfección con gel hidroalcohólico, masajeando al menos durante 30 segundos, después del contacto con superficies de uso común o cuando no sea posible el lavado de manos. Recordatorio de los 5 momentos de higiene de manos en personal sanitario.
–limpieza de utensilios de uso común y superficies de contacto habitual como pomos de puertas y ventanas, pasamanos, etc.
–ventilación para renovación del aire en interiores. Abriendo ventanas y usando purificadores de aire. Medida muy importante en colegios y centros docentes, donde se produce aglomeración de personas durante muchas horas seguidas, también en oficinas, gimnasios, pequeño comercio, hostelería, etc.
–uso de mascarilla, cubriendo boca, nariz y barbilla. Usándola siempre en lugares cerrados, y pudiendo prescindir de ella en espacios abiertos, siempre que no haya aglomeraciones, y quepa la posibilidad de caminar manteniendo la distancia de 1.5m con otras personas.

En todo momento se procura mantener un diálogo cordial, aunque en ocasiones resulta complicado por la indiferencia del receptor del mensaje, por distintos motivos, ya sea negacionismo, escepticismo o desinterés.

## 5 Discusión-Conclusión

Las recomendaciones de las autoridades político-sanitarias nos han llevado a manejar la situación de pandemia con unas actuaciones muy básicas en cuanto a su origen y realización, son fáciles de entender y llevar a cabo por la población general, en muchas ocasiones son normas de higiene y limpieza básicas al alcance de todos.

Las medidas adoptadas a nivel comunitario han mostrado ser eficaces en tanto en cuanto la vacunación seguía avanzando, no obstante, nos encontramos con personas o grupos reacios a la adopción de algunas de las disposiciones, complicando la implantación, aunque en términos generales la aceptación y adecuación de los colectivos ha sido elevada.

## 6 Bibliografía

1-Rev Med Cine vol.17 no.2 Salamanca abr./jun. 2021 Epub 17-Mayo-2021
2- https://www.sanidad.gob.es/profesionales/saludPublica/
WHO. Water, sanitation, hygiene, and waste management for the COVID-19 virus. 19 March 2020

## Capítulo 84

# ENFERMERIA: LIMITACIONES Y COMPLICACIONES GENERALES DE LOS VENDAJES EN ESTRUCTURAS OSTEOARTICULARES

ONEIDA DE LA CRUZ JIMENEZ

ALEJANDRA ATIÉNZAR PÉREZ

BELÉN GONZÁLEZ CARO

CRISTINA GALLEGO TIRADO

CELIA LEÓN OLMEDO

## 1 Introducción

El vendaje es una técnica milenaria utilizada desde los albores de la humanidad con el fin de tratar ciertas dolencias que ya sufría el hombre primitivo. Se ha producido una gran evolución en cuanto al desarrollo de materias y a la mejora de las técnicas, pero la finalidad y los objetivos del vendaje poco han variado desde nuestros antepasados. Desde los vendajes que realizaban los antiguos chamanes hasta nuestros días, muchos han sido los cambios que se han producido hasta llegar a manos de profesionales como enfermeros y fisioterapeutas, que con su buen hacer diario demuestran que son excelentes herederos de esta técnica ancestral. El aprendizaje, estudio, puesta en práctica, actualización y puesta al día en cuanto a técnicas y materiales, es función propia y obligada de estos profesionales. Éste

es el objetivo del presente libro, dotar al profesional de un material teórico y fundamentalmente práctico que sirva como guía de consulta para el desarrollo de su actividad profesional diaria. Se tiene que especificar que el vendaje en sí mismo es un arte, por lo que existe y existirá una gran variabilidad de un profesional a otro, no sólo en cuanto a ejecución del vendaje sino también en cuanto a la elección de un material u otro. Esta variabilidad es fruto de la experiencia y del enfoque personal de cada uno. Los vendajes, el modo de realizarlos, así como los materiales empleados en la realización del presente manual, no pretenden ser un dogma, sino más bien una guía, una ayuda al profesional que lo requiera en su quehacer diario.

## 2 Objetivos

1. Conocer el significado de la palabra "vendaje" a nivel profesional.
2. Evidenciar las limitaciones y contraindicaciones a la hora de realizar un vendaje.
3. Saber identificar las posibles complicaciones una vez aplicado el vendaje.

## 3 Metodología

La metodología utilizada para la elaboración de este trabajo, ha consistido en realizar una investigación científica basada en la revisión bibliográfica sistemática sobre la literatura existente.
Para ello se han consultado artículos en las principales bases de datos como Web of Science (WoS), PEDro, Pubmed, Scielo, Cinahl, Dialnet, Lilacs y Teseo basándonos en un muestreo. Se utilizaron algoritmos booleanos como "and", "not" y "or" para llevar a cabo dicha búsqueda. A partir de ahí, se han seleccionado artículos científicos procedentes de publicaciones académicas todos en un periodo establecido desde 2016 hasta 2021, encontrándose un tamaño muestral inicial de 342 estudios y seleccionándose 7 publicaciones.
Los idiomas utilizados fueron "castellano", "inglés" y "portugués".
Los descriptores utilizados fueron: "LIMITACIONES", "COMPLICACIONES", "VENDAJES", "OSTEOARTICULARES"

# 4 Resultados

Etimológicamente la palabra vendaje procede de la raíz germana “binda” y significa faja, tira. La Real Academia Española de la Lengua define el vendaje como “ligadura que se hace con vendas o con otras piezas de lienzo dispuestas de modo que se acomoden a la forma de la región del cuerpo donde se aplican, y sujetan el apósito”. De igual forma, el diccionario María Moliner lo define de la siguiente forma: “conjunto de vendas y las sustancias medicamentosas, apósitos, etc., que se ponen en una herida o parte dañada”. Estas definiciones son muy genéricas y poco específicas, por lo que para que podamos obtener una definición algo más completa tenemos que tener en cuenta una serie de consideraciones. El vendaje no siempre tiene como finalidad sujetar un apósito, ya que éste en ciertas situaciones ya es un tratamiento per se, como es el caso de una entorsis o torcedura de una articulación. El vendaje ha de disponerse de una forma determinada para que cumpla su función, ya que de lo contrario puede ser totalmente carente de utilidad e incluso contraproducente. De todas, se puede concluir que un vendaje consiste en la utilización de una venda tipo gasa, tira de tela u otro material textil, con el fin de envolver de una manera lógica, racional y profesional, una parte del cuerpo que por diferentes causas ha sufrido un daño, bien sea para sujetar los apósitos de una herida o para inmovilizar-contener un segmento corporal. La finalidad del vendaje es proporcionar soporte, inmovilización, compresión u otros fines específicos.

Cuando una estructura osteomuscular o capsulo-ligamentosa se lesiona, la inmovilización total o parcial puede ser necesaria para su mejor curación, es entonces cuando debemos usar un vendaje en cualquiera de sus variantes según sea una lesión u otra y dependiendo también de la gravedad de la misma. En estos casos raramente el vendaje es el único agente terapéutico sino que forma parte de un tratamiento global. Casos en los que puede usarse un vendaje con fines inmovilizadores son:

• Contusión: es la lesión que se produce por el impacto de una fuerza externa sobre la piel sin llegar a producir herida en la misma, pudiendo llegar a producir lesiones internas de muy diversa índole según la naturaleza del objeto, la fuerza con que se produce el golpe y la zona anatómica afectada. Se pueden clasificar en varios grados según su gravedad:

- Contusión simple: es la contusión reducida a la mínima expresión en la que tan solo se produce un eritema cutáneo, es lo que ocurre en una bofetada.
- Primer grado: en este caso se produce una equimosis o rotura de vasos de pequeño calibre superficiales. Es el conocido como cardenal.

- Segundo grado: la consecuencia clínica de este tipo de contusión es el hematoma con inflamación de tejidos por efecto de la sangre extravasada y por reacción local de tejidos circundantes.
- Tercer grado: se produce afectación de estructuras profundas tales como músculos, tendones y ligamentos.

• Esguince: es la lesión que afecta a los ligamentos como consecuencia de la puesta en tensión de los mismos, es lo que se denomina torcedura o entorsis.

La clasificación según su gravedad es:
- Grado I: en este caso solo hay distensión del ligamento.
- Grado II: existe rotura parcial.
- Grado III: la rotura es total.

• Luxación: es la separación anormal y patológica de los dos extremos de una articulación producida generalmente por una fuerza directa e intensa sobre la misma. Se suele producir rotura de ligamentos y de la cápsula. A veces esta luxación se asocia a fractura de alguno de los segmentos óseos afectados, denominándose entonces fractura-luxación.

• Fracturas no desplazadas de costillas y de huesos pequeños de la mano y el pie.

• Como tratamiento de emergencia de fracturas mayores en el lugar del accidente. Éste servirá como inmovilización improvisada y temporal hasta recibir una evaluación completa y un mejor tratamiento en un centro sanitario adecuado. Este tipo de vendaje requiere más material y mayor experiencia del operador, dada su compleja finalidad.

Se podrían enumerar multitud de contraindicaciones dependiendo del tipo de vendaje, finalidad del mismo y material utilizado. En una misma situación clínica, un tipo de vendaje puede estar perfectamente indicado y, sin embargo, otro estaría contraindicado. Es el caso de un paciente con un edema importante de miembro inferior en el que un vendaje compresivo estaría indicado y, sin embargo, un vendaje funcional con tape rígido sería contraproducente. No obstante, podríamos considerar como contraindicaciones generales:
- El desconocimiento del diagnóstico de la patología que afecta al paciente.
- El desconocimiento de la técnica de vendaje más idónea para cada caso.
- Alergia o mala tolerancia a los materiales empleados en el mismo.

Las principales complicaciones causadas por vendajes osteoarticulares suelen ser:

A. Flictenas por roce. Cuando una zona por un vendaje muy apretado es sometida a movimientos, en lugar de quedar en reposo, pueden producirse flictenas similares a las de las quemaduras de 2º grado. Esta complicación suele ocurrir en los vendajes del abdomen inferior y caderas: al mover el paciente sus muslos, el ven-

daje roza fuertemente las caderas y produce flictenas. Éstas pueden prevenirse adhiriendo las primeras vueltas de la venda a la piel con un líquido adhesivo para evitar que éstas se deslicen por la piel. Una vez producidas, se tratan con cremas que contengan corticoides y neomicina.

B. Dolor y hormigueos por compresión excesiva. Los vendajes muy apretados pueden provocar dolor intenso y desesperante, que no cede a los analgésicos, sobre todo cuando se ha efectuado el vendaje compresivo al finalizar una operación con anestesia general, hallándose el paciente todavía semiinconsciente y con sus músculos hipotónicos. Cuando debamos efectuar vendajes muy compresivos ejerceremos la compresión en forma muy gradual de manera que las últimas vueltas sean las más apretadas, y en caso de provocar hormigueo o dolor, bastará con aflojar las últimas vueltas del vendaje para obtener alivio inmediato.

C. Anoxia y edema distal en las extremidades. Un vendaje apretado en la raíz de un miembro puede ser causa de edema distal. Por eso los vendajes muy com408 presivos de las extremidades deben realizarse a partir de los dedos, incluyendo todo el miembro. Además, los vendajes compresivos de las extremidades deben ser seguidos por la elevación de éstas por encima del nivel del corazón. De este modo se impide la formación de edemas por éxtasis y también se tiende a disminuir todo edema de origen inflamatorio.

D. Escaras necróticas por compresión excesiva. Es muy difícil que un vendaje blando origine la necrosis isquémica de un segmento vendado. Siempre existe el peligro de que la compresión se combine con alguna anomalía vascular congénita u otro trastorno. Una vez declarada la necrosis no puede invertirse el proceso, por lo que resulta de suma importancia la vigilancia de los vendajes muy compresivos y, si es necesario, reducir el tiempo de permanencia muy compresiva a pocas horas. El tratamiento de la necrosis consiste en el suministro de drogas vasodilatadoras y aplicación local de drogas heparinoides e hipotermia con bolsa de hielo. Después de caída la zona necrótica, el tratamiento reparador será elegido por el cirujano plástico.

E. Síndrome compartimental. Es la más grave de todas las complicaciones que se pueden derivar de un vendaje y se produce por la colocación de un vendaje muy apretado (casi siempre un vendaje con yeso). Se define como el conjunto de signos y síntomas que suceden cuando aumenta la presión del compartimento fascial de un miembro. Los músculos están envueltos por unas capas de tejido conjuntivo llamado fascia, lo que forma un espacio cerrado formado por el músculo y el paquete vasculo-nervioso que irriga e inerva esa zona. Las fascias tienen una característica y es que son inelásticas, por lo que responden mal a los cambios de presión intra-compartimental Este aumento de presión provoca un compromiso

vasculo-nervioso, lo que conlleva a una isquemia muscular y nerviosa que si no se soluciona a tiempo puede provocar una necrosis de los tejidos de dicha celda. Es fácil de diagnosticar y la solución pasa por la retirada inmediata del vendaje.
F. Rigidez articular. El vendaje prolongado de un segmento articular que ha sufrido edema e inflamación puede conducir a la rigidez más o menos prolongada de éste. Una regla dada por Bunnell respecto de la mano, dice que sólo se ven rigideces duraderas después de vendajes inmovilizadores de las manos en personas mayores de 40 años. En éstas hay que renovar el vendaje periódicamente para revisar la movilidad articular. Sin embargo, la rigidez post-vendaje es casi siempre transitoria y cede con bastante rapidez al tratamiento de fisioterapia (masaje, cinesiterapia activa y pasiva, electroterapia, etc.).
G. Maceración de heridas infectadas. El mantenimiento prolongado de un vendaje húmedo sobre una herida que emite secreciones es el fomento de un ambiente húmedo que conduce a la maceración de la piel circundante. La renovación del vendaje reemplazándolo por elementos secos, así como el uso de secadores de cabello o ventiladores y la aplicación de pastas siliconadas sobre la piel vecina, pueden neutralizar este riesgo.
H. Anoxia en los vendajes compresivos de cuello y tórax. Estos vendajes impiden la libre expansión pulmonar y provocan anoxia progresiva con cianosis. Una vez instalada esta situación, si no se corrige con rapidez se, produce sopor y finalmente sobreviene la muerte. Este peligro es especialmente real en niños pequeños, adultos de musculatura débil y ancianos paralíticos, etc. Cuando se realizan estos vendajes hay que vigilar atentamente a los pacientes, sobre todo en las primeras horas consecutivas y en especial, cuando están recuperándose de una anestesia general. De este modo podrá detectarse precozmente la aparición de cianosis en uñas, labios, nariz y orejas. En pacientes anestesiados, al efectuarle estos vendajes es preferible esperar que despierten.
I. Fracaso de la misión asignada al vendaje. Cualquiera que sea el objetivo asignado al vendaje (proteger, comprimir o inmovilizar), éste puede fracasar. Ello puede deberse a que ha sido realizado de manera poco efectiva, o al hecho de que se ha esperado más de lo que puede dar. Cuando un vendaje no cumple su misión, lo mejor es quitarlo y efectuar otro nuevo o revisar la situación y modificar la conducta terapéutica según convenga.
Como normas a tener en cuenta para realizar un buen vendaje tenemos:
- Todo vendaje ha de ser necesario y suficiente. Un vendaje innecesario o insuficiente puede resultar peor que ningún vendaje.
- Economía y rapidez: no desperdiciar material ni tiempo.
- Los vendajes son por norma general permeables, transpirables e impregnables:

absorben y evaporan la humedad de las lesiones. Los vendajes impermeables son excepcionales.

- Las vendas rígidas solo se usan una vez, a menos que sean enrolladas y lavadas de forma conveniente. Las vendas semi-elásticas de gasa suelen servir para 4 o 5 veces, excepcionalmente más, porque tienden a deshacerse y pierden elasticidad. Las vendas elásticas de tejido resistente pueden ser lavadas y aprovechadas repetidamente pero no se deben planchar, porque perderían su elasticidad.
- El ancho de la venda se elige en función de la longitud del segmento por vendar: segmento corto, venda estrecha (menos de 10 cm de ancho), segmento mediano, venda de ancho intermedio (10-20 cm) y segmento largo, venda ancha (más de 20 cm).
- El largo de la venda y el número de vueltas que tendrá el vendaje varía según el efecto buscado. Si sólo se desea sostener un apósito es suficiente un vendaje corto; si se quiere comprimir o inmovilizar, se requiere un vendaje largo de 2 o más vendas.
- El rollo debe ser consistente, es decir, que la venda debe enrollarse con firmeza, no flojamente.
- El vendaje debe tener aproximadamente igual espesor o número de vueltas en toda su extensión salvo que en alguna zona se requiera más grosor por motivos especiales.
- Un buen vendaje debe ser fácil de aplicar y de retirar. Un vendaje bien hecho, pero difícil de extraer no es un buen vendaje.
- El vendaje debe ser cómodo e indoloro, consintiendo la libre movilidad de los segmentos no implicados y no limitando la excursión respiratoria.
- El operador al vendar, debe ponerse al frente de la zona a vendar.
- El vendaje debe comenzar y terminarse en la zona más visible para el operador, es decir, sobre la zona lesionada o sus alrededores.
- La mayoría de los vendajes son realizables por un solo operador. Otros más complejos o sobre pacientes incapacitados o anestesiados, requerirán la ayuda de uno o más colaboradores.
- Mientras se realiza el vendaje, el rollo pasa de una mano a otra, con ritmo rápido y preciso.
- El operador diestro venda con preferencia de izquierda a derecha, y el zurdo a la inversa. Tales sentidos son preferenciales, no obligatorios, y la dirección del vendaje puede cambiarse a voluntad.
- Al vendar, el rollo no debe alejarse demasiado del cuerpo del paciente. Hay veces, incluso, en que conviene deslizarlo directamente sobre el segmento a vendar, para no ajustar la venda de forma excesiva.

- Casi todos los vendajes comienzan por dos o tres vueltas circulares fijadoras y finalizan de igual manera.
- En las espirales imbricadas, cada vuelta de venda debe cubrir aproximadamente los dos tercios de la vuelta anterior.
- Para asegurar con firmeza una venda o lienzo hay que aprovechar los relieves óseos o carnosos, circundándolos ajustadamente.
- Cuando una venda rígida circunda una articulación o una eminencia ósea, éstas deben ser acolchadas (con algodón, huata, gasa o papel higiénico). En cambio, si se usa venda blanca, es innecesario acolchar.
- Un vendaje no debe tener en ciertas zonas pliegues más consistentes que en el resto de él, pues pueden actuar como bridas compresivas, provocando complicaciones, sobre todo en niños pequeños.
- Un vendaje puede ser ascendente (distal-proximal), descendente (proximaldistal), o en ambos sentidos (distal-proximal-distal), cuando lleva muchas vueltas no es raro que el vendaje repita varias veces los sentidos ascendentes y descendentes.
- Al finalizar un vendaje si sobra venda, se corta con un solo golpe de tijera mientras se gira el rollo de modo que la venda se estreche.
- La compresión del vendaje compresivo debe ser uniforme en toda su extensión.
- En vendajes muy compresivos no deben quedar segmentos distales sin vendar. Por ejemplo, si se desea comprimir fuertemente el antebrazo también hay que comprimir la mano con sus dedos, pues de lo contrario, en ella se produciría edema.
- Al efectuar un vendaje compresivo, las primeras vueltas serán las más flojas, aumentando gradualmente la compresión con cada vuelta, de modo que las últimas sean las más apretadas. De este modo, si hubiera que aflojar el vendaje más tarde, bastará desenrollar las últimas vueltas sin sacar toda la venda.
- Ciertas zonas si son comprimidas con una venda muy apretada y mantenida por varios días, pueden sufrir necrosis localizada (borde de la oreja, talón del pie, dedos de niño pequeño, etc.).
- Al vendar extremidades, colocarlas en posición funcional a menos que haya razones especiales para vendarlas en extensión o flexión extremas. La posición funcional es la intermedia entre la flexión y extensión.
- Es básico que el vendaje se mantenga seco. Cuando se humedece ligeramente por secreciones de la lesión subyacente, puede ser útil secarlo con un ventilador o un secador de cabello.

## 5 Discusión-Conclusión

El vendaje es un recurso terapéutico-mecánico, a veces principal y otras veces secundario, para el tratamiento local de muchas lesiones. Los vendajes son ideales a la hora de tratar lesiones que no requieran inmovilización total. Son efectivos en el alivio del dolor, generan comodidad en la práctica de ejercicio y otras disciplinas como la música. Existen diversos tipos, y diferentes maneras de colocarlos, deben aplicarse correctamente y utilizarse vendas de buena calidad para que la tensión perdure. Debe alcanzar la mayor eficacia posible, sobre todo si es compresivo o inmovilizador. Aparte de todas las técnicas y maniobras que se puedan enseñar en este manual, la experiencia personal de cada profesional va a constituir la base de su entrenamiento. No existen dos lesiones exactamente iguales, por lo que el vendaje a aplicar tendrá que estar abierto a posibles matizaciones puntuales del caso en concreto. Esta capacidad de discernir y de elegir es propia del profesional, gracias a su experiencia personal adquirida lo largo de los año

## 6 Bibliografía

1. de Las Penas, C. F., & Ortiz, A. M. (2019). Cinesiterapia: bases fisiológicas y aplicación práctica. Elsevier.
2. Guillamás, C., Gutiérrez, E., Hernando, A., Méndez, M. J., Sánchez-Cascado, G., & Tordesillas, L. (2017). Primeros auxilios II (Técnicas básicas de enfermería). Editex.
3. Holka, H., Istomin, D., Oliynyk, A., Burlaka, V., Harkusha, M., & Vesnin, V. (2019). Treatment in traumatology: methodical indications for students.
4. Jimenez Arberas, E., Sánchez Menéndez, M. M., & Ruiz Fernández, L. (2019, September). Transversalidad educativa: casos clínicos para el estudio de Geriatría y Patologías Osteoarticulares y su intervención en Autonomía e Independencia Funcional en el Adulto. In IN-RED 2019. V Congreso de Innovación Educativa y Docencia en Red (pp. 772-780). Editorial Universitat Politècnica de València.
5. Justino, J. R., Bombonato, A. M., & de Paula Justino, C. A. (2019). Podologia: técnicas e especializações podológicas. Editora Senac São Paulo.
6. Navarro, M. M. T., Miras, A. M. I., & Casado, M. C. (2020). Capítulo 5. Vendajes Básicos. Teoría y práctica de los fundamentos de enfermería (II). Cuidados básicos y casos clínicos, 65, 59.
7. Vega Orihuela, M. I. (2020). Enfermería del adulto y anciano.

## Capítulo 85

# EDUCACIÓN NUTRICIONAL PROPORCIONADA POR EL PERSONAL DE ENFERMERÍA PARA EL FOMENTO DE UN DESAYUNO SALUDABLE EN EL COLEGIO

ONEIDA DE LA CRUZ JIMENEZ

ALEJANDRA ATIÉNZAR PÉREZ

BELÉN GONZÁLEZ CARO

CRISTINA GALLEGO TIRADO

CELIA LEÓN OLMEDO

## 1 Introducción

La alimentación de cada sociedad es un fiel reflejo del estilo de vida que se promueve en ella. Por ello, debido al ritmo de vida instaurado en la sociedad, predominan estilos de vida sedentarios y no saludables, fomentando el desarrollo de problemas de salud como el sobrepeso o la obesidad, la diabetes, enfermedades cardiovasculares, cáncer, osteoporosis…
Actualmente, los estilos alimenticios se han modificado considerablemente, sustituyendo las dietas tradicionales, como la dieta mediterránea, por otras en las que

predomina la comida rápida, calórica como la bollería industrial, refrescos azucarados, así como una disminución del consumo de frutas, verduras y cereales.
Por este motivo, los hábitos de alimentación durante la infancia resultan una base educativa de vital importancia para fomentar que el niño crezca y se desarrolle de una forma integral y saludable.
Hoy en día, cerca de un 10 por ciento de los niños españoles acuden al colegio sin desayunar, un 20 por ciento toma tan sólo un vaso de leche y el 56 por ciento lo acompaña de unas pocas galletas o pan. Esto se debe principalmente a diferentes causas tales como: levantarse con el tiempo justo para vestirse y salir de casa, levantarse solos por tener ambos padres trabajadores que no pueden preparar el desayuno a sus hijos, etc
Estos estilos alimentarios han producido un aumento de la obesidad entre los más jóvenes. Una buena alimentación, comienza por un buen desayuno, siendo una de las comidas más importantes del día y la que se tiende a suprimir, especialmente en la edad escolar. Esta toma debe proporcionar aproximadamente un cuarto de ingesta calórica diaria y debe estar compuesto por: un lácteo, cereales y fruta fresca. Se ha demostrado que un correcto desayuno, favorece el estado nutricional, ayuda a controlar el peso, mejora la atención y el rendimiento escolar, siendo un hábito importante a adquirir en los primeros años de vida, puesto que es beneficioso para la salud.
Por todo ello, se considera primordial que en los centros escolares se trabajen y se fomenten estilos de vida sanos, mediante actividades, programas, así como la actitud y comportamiento de los docentes, siendo estos modelos a seguir para los escolares.
El fomento de los hábitos saludables no es una tarea única de los colegios sino también de las familias y de la sociedad en general, por lo que es necesario que estos tres contextos trabajen en la misma dirección con el fin de que, desde edades tempranas, se realice una alimentación sana, variada y equilibrada y se practique el ejercicio físico de forma diaria, para así disminuir la obesidad infantil, tan presente en la sociedad.

## 2 Objetivos

Objetivos principales del capitulo :
-Explicar e indicar la impotancia del fomento de habitos saludables en los colegios por parte de enfermeria

## 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

Decálogo de una alimentación saludable.
En primer lugar, es imprescindible resaltar que los escolares aprenden a relacionarse con la comida mediante los hábitos alimentarios que perciben en sus hogares.
Actualmente la sociedad es consciente de la importancia que tiene una buena alimentación para la salud, pero no por ello se alimentan adecuadamente. De hecho, todos los estudios realizados determinan unos altos porcentajes de sobrepeso y obesidad en la infancia y adolescencia y por este motivo es primordial desarrollar diversas medidas que contribuyan a disminuir dichas problemáticas pudiendo ser causa de múltiples enfermedades especialmente en la edad adulta.
El Ministerio de Sanidad y Consumo y el Ministerio de Educación y Ciencia, realizaron conjuntamente la guía "Alimentación saludable: guía para las familias" dirigida a ayudar a las familias en torno a la alimentación saludable de sus hijos para que haya una correlación entre lo adquirido en el colegio y la vida cotidiana. En dicha guía se presenta un decálogo de alimentación saludable para las familias el cual es el siguiente:
1. Variada: se ha de acostumbrar a los niños a que coman de todo y a degustar los sabores de los distintos alimentos. La clave para educarlos en hábitos alimentarios saludables está en proporcionarles una alimentación variada desde sus primeros años de vida.
2. Sana: se ha de escoger los alimentos con menos grasa, con poca sal, abundantes vegetales (verduras, frutas, legumbres y cereales integrales), y en cantidades adecuadas a su apetito y necesidades.
3. Equilibrada: es muy importante conocer el menú del colegio, para complementarlo con el desayuno, el almuerzo, la merienda y la cena, y realizar así una alimentación equilibrada. Los alimentos se deben distribuir a lo largo del día para que, de este modo, el cuerpo obtenga de ellos los nutrientes y mantenga el nivel de energía que necesita.

4. Nutritiva: se han de ofrecer alimentos de todos los grupos (frutas, verduras, carnes, pescados, cereales, legumbres,…) para que puedan elegir los que más les gusten. Los padres han de evitar que sus hijos consuman diariamente alimentos llenos de calorías vacías como dulces, refrescos, chucherías, snacks, precocinados, etc.
5. Apetecible: cocinar los alimentos de diferentes maneras tiende a presentar platos de forma atractiva y garantiza que la comida sea más apetecible.
6. Divertida: se ha de hacer partícipes a los niños/as en la compra, en la elaboración de comidas, la preparación de la mesa, etc. Esto contribuye a que aprendan buenos hábitos y disfruten de la comida.
7. Sorprendente: enseñar a los escolares información sobre los alimentos: para qué sirven, qué funciones desarrollan en el cuerpo, la ración que necesita el cuerpo de cada alimento,…
8. Ordenada: se tiene que disfrutar en familia del momento de la comida o la cena, realizándose en un ambiente tranquilo y relajado, siguiendo un orden a la hora de comer: primer plato, segundo y postre.
9. Consistente: se ha de asegurar que el niño/a realice al menos tres comidas consistentes al día: desayuno, comida y cena. Y si transcurren más de cuatro horas entre una comida y otra, se le animará a que tome un tentempié.
10. Educativa: la educación de hábitos saludables es muy importante que se lleve a cabo tanto en casa como en el centro educativo. La educación exige de la familia paciencia, dedicación, constancia, disciplina, no hacer concesiones inaceptables y respeto por el apetito del niño/a, siempre que su ritmo de crecimiento y desarrollo se encuentre dentro de la normalidad.
A parte de este decálogo, conviene tener en cuenta la pirámide de los alimentos, para conseguir una alimentación saludable.
Reparto de la ingesta a lo largo del día.
Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), la energía total ingerida procederá de un 50-55% de Hidratos de Carbono, 30-35% de lípidos y 12-15% de Proteínas.
Las raciones recomendadas variarán en número y cualidad según la edad y los requerimientos individuales, tales como el sexo, el ritmo de crecimiento y la actividad física realizada.
Las calorías ingeridas a lo largo del día deben repartirse en diferentes comidas; teniendo en cuenta que no es conveniente tomar los alimentos en 1-2 comidas sino que han de distribuir en 4-5.
El reparto calórico a lo largo del día se realizará de la siguiente forma:
- Desayuno + media mañana: 25%

- Comida: 35%
- Merienda: 10%
- Cena: 30%

"Desayuno de Rey, Comida de Príncipe, Cena de Pobre" (Dra. Kousmine)

Concepto y características de un desayuno saludable.

El desayuno se puede definir como la primera toma del día, ingerida antes de iniciar la las actividades diarias, en las dos primeras horas en las que se despierta, normalmente no más tarde de las 10 horas.

Es una de las comidas más importantes del día y ha de proporcionar los nutrientes necesarios para optimizar las capacidades de los niños/as, en circunstancias donde las actividades intelectuales y físicas son especialmente más intensas.

Por tanto, debe de ser suficiente desde el punto de vista energético porque ha trascurrido bastante tiempo desde la cena anterior, durante el cual el organismo sigue consumiendo energía. Se recomienda que los alimentos que tomen en casa antes de ir a la escuela y a media mañana en el recreo, aporten aproximadamente el 25% de las kcal/diarias.

Importancia del desayuno saludable.

El principal beneficio de realizar un desayuno adecuado es contribuir a una correcta distribución de energía a lo largo del día. Un desayuno equilibrado permite cubrir los requerimientos energéticos y nutricionales y favorece el rendimiento intelectual y físico.

Al iniciar el día, el cuerpo necesita energía extra para poder desarrollar todas las actividades de manera eficaz, por lo que es imprescindible desayunar para aumentar los niveles de azúcar en sangre y mejorar la capacidad física e intelectual del niño.

De los alimentos que los escolares tomen al despertar dependerá su rendimiento en la escuela. Cuando el ayuno se prolonga por no realizar el desayuno, se produce un descenso de los niveles de insulina y glucosa, que pueden favorecer en el niño la aparición de fatiga, la cual interferirá en su capacidad cognitiva.

Así mismo, hay que tener en cuenta que, al no realizar el desayuno, los escolares tienden a tener más hambre durante las horas de clase y suelen distraerse con facilidad causando falta de atención y disminuyendo su rendimiento escolar.

A lo largo de los años, se ha podido comprobar mediante diversos estudios que, a mejor hábito de desayuno, hay una menor prevalencia de sobrepeso y obesidad. Algunos de los diversos estudios realizados son los siguientes:

Ø El estudio Enkid, realizado en 2005, se basó en una muestra de 3.534 personas con edades comprendidas entre los 2-24 años. De ellos, el 26.3% presentaba exceso de peso, de los cuales el 13.9% padecía obesidad y 12.4 % presentaba sobrepeso.

Ø Programa Thao, tiene como fin promover una actitud positiva hacía hábitos saludables. Dicho programa publicó dos resultados en España: o El primer estudio fue llevado a cabo durante los años 2007 y 2008, tomando como muestra 8.270 escolares. El 30.5% presentaba exceso de peso, 21.1% sobrepeso y 9.4% obesidad. o El segundo estudio fue realizado entre 2010 y 2011. La muestra tomada para dicho estudio fue de 38.008 escolares, de los cuales 27.1% presentaba sobrepeso y el 8.3% obesidad.
Ø El estudio Aladino, fue realizado en 2011, con una muestra de 7.659 niños/as de edades comprendidas entre los 6 y 10 años. El 45.2% presentaba exceso de peso, el 26.1% sobrepeso y el 19.1% obesidad.
Ø La encuesta nacional de salud (ENS), desarrollada en los años 2006 y 2012. Tomando como muestra a 5.495 personas de entre 0 y 14 años. En el 2006 los valores de exceso de peso fueron del 27.6% (18.7% de sobrepeso y 8.9% de obesidad); en el año 2012 el exceso de peso era 27.8% de la muestra (18.3% de sobrepeso y 9.6% de obesidad).
Un desayuno equilibrado debe contener al menos 3 de los siguientes alimentos, proporcionando así que los escolares tengan más energía y más fuerza para el desarrollo de las actividades rutinarias, contribuyendo a incluir los nutrientes necesarios:
Lácteos: leche, yogur y/o queso. Aportan grasa, proteínas de gran calidad, calcio y vitaminas, entre otros elementos nutritivos de primer orden. Estos elementos son fundamentales para el desarrollo y crecimiento de los niños/as. Su principal inconveniente es su elevado contenido en grasa y su valor calórico por ello, se recomienda tomarlos bajos en grasa.
Hidratos de Carbono: cereales, galletas, pan. Son alimentos que constituyen la principal fuente de energía, necesarios para el buen funcionamiento del organismo. Han de estar presentes en la alimentación de los escolares, en todas las comidas. Estos nutrientes son como "la gasolina" que se requiere para moverse, pensar y trabajar. Tienen poca grasa y aportan variedad de vitaminas del grupo B. Si son integrales aportan una mayor cantidad de fibra.
Grasas: aceite de oliva o margarina. Estas se han de tomar con moderación, no siendo indispensables para optimizar la calidad nutricional del desayuno, ya que aportan pocos nutrientes y excesivas grasas saturadas, por lo que no es necesario su consumo diario.
Vegetales: fruta o zumos de frutas. Los cuales constituyen un grupo de alimentos indispensables para nuestra salud y bienestar, especialmente por un aporte de fibra, vitaminas y minerales y sustancias antioxidantes. Ejercen una función reguladora.

Otros: mermelada, miel, jamón york o pavo, atún …
Alimentos que pueden integrar el desayuno. Ejemplo.
El desayuno puede integrar diversos tipos de alimentos, por ello se partirá de la base de que en todos ellos deberá aparecer: a) Un vaso de leche (entera o semidesnatada) azucarada o con cacao, o más o menos la misma cantidad de derivados lácteos (yogurt, batido de frutas). b) Algún elemento energético (cereales 30 gr, tostada con mermelada y mantequilla para un consumo ocasional, bollería casera). c) Una pieza de fruta o de zumo natural.
A partir de la información recogida, se ha diseñado un ejemplo de desayuno variado.
Días de la semana Lácteos Hidrato de carbono Grasas Vegetales: Fruta Otros:
Lunes Vaso de leche semidesnatada Cereales no azucarados (aprox.30gr) Zumo de fruta natural
Martes Yogurt natural (elegir sabor) Tostada pan integral Aceite de oliva (cucharada de café) Fruta entera Ej. Melocotón
Miércoles Batido casero de fruta Galletas integrales Pieza de fruta Ej. Pera
Jueves Yogurt natural (elegir sabor) Cereales de desayuno, NO azucarados (aporx.20-30 gr) Zumo de fruta natural
Viernes Vaso de leche semidesnatado con cacao Muesli (cereales y frutos secos) Pieza de fruta Ej. Manzana
Sábado Yogurt natural (elegir sabor) Porción de pastel casero Zumo fruta natural
Domingo Vaso de leche semidesnatada Tostada de pan integral Margarina (Aprox.6g) Mermelada (cucharadita pequeña)
Cómo se debe de realizar el desayuno.
El desayuno es una de las comidas más importantes del día, por ello de ningún modo se ha de prescindir o realizar con prisas. Es imprescindible dedicarle como mínimo unos 15-20 minutos entre semana.
Los niños deben estar sentados en la mesa, si puede ser mejor acompañados de algunos familiares o de compañeros, sin aparatos que les distraigan (televisión, teléfonos móviles, tablets…), centrándose únicamente en desayunar.
Para evitar las prisas por las mañanas lo esencial sería que los menores se acostarán antes por la noche, durmiendo entre diez y doce horas al día, no realizando cenas muy pesadas el día anterior y así, de este modo, se levantarán con más hambre.
Otra forma de despertar el apetito en los escolares a primera hora de la mañana es comenzar con líquidos tales como zumos, leche; y posteriormente pasar a alimentos sólidos como cereales, piezas de fruta, etc.

Un desayuno ha de ser equilibrado, personalizado en relación al peso y ejercicio físico que hace el niño diariamente, completo y saludable, incluyendo los tres macronutrientes: proteínas, hidratos de carbono y grasas.
El objetivo es inculcar a los niños y niñas el hábito de desayunar adecuadamente, ya que si se les educa fomentando una alimentación saludable será un hábito adquirido para el resto de su vida.
Como debe ser la media mañana o tentempié en los colegios.
El desayuno de media mañana o tentempié tiende ayudar a completar un desayuno, a veces, insuficiente. El tentempié ha de ser un complemento del desayuno que se ingiere para comenzar el día, pero nunca debe de reemplazarlo.
El tentempié tiene que ser mucho más ligero y estará compuesto por una de las siguientes cosas: a) Una fruta entera y fresca, un tupper de fruta cortada, en macedonia, batido casero de frutas por ejemplo plátano, pera, manzana y cacao puro
(sin azúcar). b) Frutos secos, galletas caseras, picos integrales, onza de chocolate (más del 75% de cacao). c) Yogurt natural, pan con queso de untar, tupper de queso con uvas y/o frutos secos. d) Bocadillo (pan integral) de patés vegetales de hummus, de queso fresco con salmón, atún natural, jamón cocido o pavo, jamón serrano sin la parte grasa… e) Agua
Análisis estadístico
Resultados obtenidos del análisis realizado:
Para una mejor comprensión, los resultados obtenidos los agruparemos en diferentes apartados:
Resultados demofiguras:
El 84,8% de los estudiantes encuestados vivía en el seno de una familia (monoparentales o biparentales) padre y madre; el 12,7% solo con madre, y el 1,8% con otros familiares diferentes a los padres: concretaban con abuelos, de manera general.
Por otro lado, concretamente el 40,06% de los alumnos encuestados reconocía tener al menos un miembro de su familia con sobrepeso (la madre solía ser la que más frecuentemente lo presentaba: 16,4%).
Resultados referentes a hábitos alimenticios
Según la población encuestada, el desayuno estaba basado en productos lácteos en el 82,4% de los casos, siendo el 80,0% de los casos leche. Seguidamente, por orden de consumo, el cacao (38,8%), las galletas (37,0%), los cereales (14,5%), zumos (7,9%) y por último el 3% había consumido fruta.
Con respecto al tentempié a media mañana en el recreo del colegio, prácticamente todos los alumnos (concretamente el 96’4%) lo hacían, siendo los alimentos

más consumidos el bocadillo y batido (43% y 27,3% respectivamente).
Con respecto al conocimiento de los alumnos sobre lo que debe de formar parte de un desayuno saludable.
El número de comidas diarias, la mayoría hacía 5 comidas/día.
La mayoría consumía 1-2 piezas/frutas al día.
Resultados sobre preferencias en la dieta
La comida favorita era pasta para el 21,36 de los casos, seguido del arroz a la cubana. Por el contrario, los alimentos que menos gustaban fueron los guisos como las habichuelas (17,6%) y lentejas (15,2%). Seguidos del pescado, verdura y el estofado.
Resultados referidos al ejercicio físico
Casi el 70,4% veía diariamente la televisión dos o más horas.
Por otra parte, los deberes y el estudio ocupaban 2-3 horas diarias. En cambio, el 61,8% jugaba 1-2 hora al día en la calle y el 32,1% no salía nunca a jugar.
Consumo de chucherías y modo de comer
La mayoría no ingería ningún tipo de chuchería.
Comer y ver la televisión de forma simultánea era un hábito casi constante en los encuestados.
Otros hábitos
El 66,0% de los participantes en el estudio se lavaba los dientes de 2 a 4 veces al día, mientras que el 2,4% no se lava los dientes nunca.

## 5 Discusión-Conclusión

La mayoría de los datos mostrados en este trabajo proporcionan diversas interpretaciones siendo objeto de un profundo análisis, por ello el objetivo es presentar de forma general los datos más relevantes.
Como se ha señalado, la base de este trabajo ha sido el estudio de la educación nutricional para el fomento de un desayuno saludable. Dicho estudio está dirigido a los alumnos de educación primaria.
La elección de esta etapa educativa se justifica por ser cuando los alumnos son más receptivos, tanto sus tutores como a sus profesores, para que adquieran hábitos saludables en alimentación, ejercicio físico y actividades de higiene.
Es importante destacar que la familia es el núcleo fundamental para la adquisición y mantenimiento de determinados hábitos saludables.
Según el perfil encuestado podemos destacar que comen más de cuatro veces al día, la mayoría en compañía de sus progenitores, delante de la televisión, la mitad

de ellos suele ingerir bastantes chuches y alrededor del 45% de los encuestados se lavan los dientes dos veces/día.

## 6 Bibliografía

[1] "Guía Pediátrica | Programa Pipo." [Online]. Available: http://www.programapipo.com/guia-pediatrica/.
[2] "Desayuno infantil, la asignatura pendiente." [Online]. Available: http://www.desarrolloinfantil.net/nutricion-infantil/el-desayuno-asignaturapendiente-de-los-ninos-espanoles.
[3] J. Luis Cruz Olano, L. Vega Franco, M. del Carmen Iñárritu, and B. Robles Martínez, "Atención selectiva y memoria a corto plazo en escolares, según el aporte de energía en su desayuno," vol. 73, pp. 51–59, 2006.
[4] A. Herrera and J. Criales, "Relevancia del desayuno en la niñez," Pediatria (Santiago)., vol. 46, no. 2, pp. 71–76, Jan. 2013.
[5] E. Rodríguez Huertas, M. I. Solana Moreno, F. Rodríguez Espinosa, M. J. Rodríguez Moreno, J. C. Aguirre Rodríguez, and M. Alonso Ródenas, "Programa CASERIA (Cuestionario hábitos Saludables en Primaria). Respuestas de escolares de 6 a 10 años de edad," Semer. - Med. Fam., vol. 38, no. 5, pp. 265–277, Jul. 2012.
[6] "Decálogo de la alimentación saludable | Faros HSJBCN," 10/05/14, 2014. [Online]. Available: http://faros.hsjdbcn.org/es/articulo/decalogo-alimentacionsaludable.
[7] V. Vitiello, A. Germani, E. Capuzzo Dolcetta, L. M. Donini, and V. Del Balzo, "The New Modern Mediterranean Diet Italian Pyramid.," Ann. Ig., vol. 28, no. 3, pp. 179–86.
[8] A. Cavaliere, E. De Marchi, and A. Banterle, "Exploring the Adherence to the Mediterranean Diet and Its Relationship with Individual Lifestyle: The Role of Healthy Behaviors, Pro-Environmental Behaviors, Income, and Education," Nutrients, vol. 10, no. 2, p. 141, Jan. 2018.
[9] A. Bach-Faig et al., "Mediterranean diet pyramid today. Science and cultural updates," Public Health Nutr., vol. 14, no. 12A, pp. 2274–2284.
[10] "Alimentación saludable Guía para el profesorado." [Online]. Available: http://www.aecosan.msssi.gob.es/AECOSAN/docs/documentos/nutricion/educanaos/profesores_alimentacion_saludable.pdf.
[11] "Alimentación Infantil: Lo que come hoy determinará su futuro." [Online]. Available: http://www.madrid.org/cs/Satellite?blobcol=urldata&blobheader=application%2Fpdf&blobheadername1=Contentdisposition&blobheadern
pdf&blobheadervalue2=language%3Des%26site%3DPortalSalud&blobkey=

id&blobtable=MungoB.
[12] P. Perseo, “Guía de comedores escolares. Programa Perseo. AECOSAN. Ministerio de Sanidad, 2014.,” pp. 1–120.
[13] A. Sánchez, “Un cuadro de almuerzos saludables para llevar al colegio – Mi Dieta Cojea,” 08/02/2017, 2017. [Online]. Available: https://www.midietacojea.com/2017/02/08/un-cuadro-de-almuerzos-saludables-para-llevar-al-colegio/.
[14] E. Banet Hernández and C. López Ferrer, “¿Cómo mejorar el desayuno de los escolares de educación primaria?,” Investig. en la Esc. 2010, pp. 63–83, 2010.
[15] “LA IMPORTANCIA DEL DESAYUNO ¿Cómo revalorizarlo?”
[16] C. Nuñez, C. Cuadrado, Á. Carbajal, and G. Varela, “Ideas actuales sobre el papel del desayuno en la alimentación,” 1998.
[17] J. A. Sánchez Hernández and L. Serra Majem, “Importancia del desayuno en el rendimiento intelectual y en el estado nutricional de los escolares,” Rev Esp Nutr Comunitaria, vol. 6, no. 2, pp. 53–95, 2000.

## Capítulo 86

# FORMACIÓN Y CONOCIMIENTOS DE ENFERMERÍA SOBRE LOS COLGAJOS CUTANEOS

ONEIDA DE LA CRUZ JIMENEZ

ALEJANDRA ATIÉNZAR PÉREZ

BELÉN GONZÁLEZ CARO

CRISTINA GALLEGO TIRADO

CELIA LEÓN OLMEDO

## 1 Introducción

Un colgajo es una unidad de tejido que se transfiere de una zona donante a otra zona receptora manteniendo su propio suministro de sangre intacto.
La porción de piel no se corta completa, permanece unida por un extremo a su lugar de origen, manteniendo el riego sanguíneo de su base. Los colgajos no necesitan estar formados solo de tejido blando, pueden incluir piel, hueso, grasa o músculo.
El origen del término colgajo se remonta al siglo 16 derivada de la palabra holandesa Flipper, que significa "algo que cuelga, sujeto solo por un lado". En cambio, la historia de la cirugía del colgajo se remonta al año 600 A.C, cuando Sushruta Samhita narró la reconstrucción nasal con un colgajo de mejilla. A partir de ahí ha ido evolucionando hasta alcanzar las nuevas técnicas de cirugía actuales. Lo

que lo diferencia de los injertos, que éstos son una transferencia de tejido sin su propio suministro de sangre, por eso la supervivencia del injerto depende del suministro de sangre de la zona receptora. Por eso es necesario realizar una revisión bibliográfica para evidenciar la importancia de las funciones enfermeras durante la cirugía del colgajo y proporcionar así un correcto plan de cuidados estandarizado

## 2 Objetivos

-Identificar las actuaciones de los profesionales de enfermería en el cuidado de los colgajos.
-Describir los principales problemas que surgen tras la intervención quirúrgica de los colgajos

## 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 colgajos son un tipo de piel que entra dentro del ámbito de la cirugía plástica y reparadora cuyo objetivo es reconstruir un defecto en la piel independientemente de su causa. La evidencia justifica la importancia de los cuidados de enfermería durante la intervención quirúrgica, el ingreso y el alta para lograr una total y buena recuperación de algo tan delicado como es la piel.
Este tipo de cirugía es un proceso que precisa atención y seguimiento por parte de un equipo multidisciplinario, especialmente de enfermería, aportando unos conocimientos actualizados y de forma continuada, consiguiendo una correcta valoración, diagnóstico, ejecución y evaluación, teniendo como objetivo, también, la enseñanza a los pacientes sometidos a este tipo de cirugía, y cómo afrontar una recuperación lo más rápida posible, sin dolor y sin complicaciones derivadas de esta cirugía.

El papel del personal de enfermería tiene un papel importantísimo en la atención de los pacientes sometidos a este tipo de cirugía, por lo que se necesita un amplio conocimiento en este tema para asegurar unos cuidados de calidad y una mejor atención al paciente.

Por todo esto es importante también, la elaboración de un plan de cuidados individualizado para cada paciente, ya que es de gran utilidad siempre que la enfermera realice una valoración del paciente que le permita interpretar las necesidades individuales de cada paciente. Trabajando con la interrelación de los diagnósticos (NANDA), los criterios de resultados (NOC) y las intervenciones (NIC), con el objetivo de actuar siempre desde la evidencia, consiguiendo una enfermería más visible y alcanzando una capacidad superior que responda a las demandas y así conseguir la mayor seguridad para los pacientes.

Cuidados de enfermería.

• Preoperatorios:

Protocolo de ingreso:

-Revisión historia clínica.

-Valoración de enfermería al ingreso.

-Toma de constantes habituales (tensión arterial, frecuencia cardiaca, temperatura y saturación de oxígeno.

-Comprobación de las posibles alergias.

-Extraer pruebas cruzadas y comprobar la activación de la reserva de sangre.

-Avisar al médico correspondiente de la llegada a planta del paciente. -

Información de la preparación quirúrgica.

Día de la cirugía:

-Se realizará el baño prequirúrgico, rasurado, toma de constantes, retirada de prótesis y joyas.

-Se administra la premeditación oportuna.

-Se pondrán medias de compresión si la cirugía de colgajo es en mama.

-Se llevará faja de compresión con la paciente, en las cirugías que se necesiten.

2. Postoperatorios:

-Monitorización habitual de constantes por turno.

-Monitorización del colgajo (color, temperatura y relleno) cada 4 horas.

-Vigilar la permeabilidad de los drenajes en cada turno, registrando en gráficas el débito de los mismos.

-Cura de la herida quirúrgica en turno de mañana: la zona receptora se curará diariamente según pauta médica con Prontosan, bálsamo del Perú, ricino y povidona iodada; y la zona dadora se curará con apósitos de granulación tipo Mepilex cada 48-72 h salvo saturación del apósito, que en este caso se cambiaría antes.

-Recordar al paciente la importancia de mantener el reposo hasta orden médica.
-Asegurarnos de la permeabilidad de la vía venosa y la correcta administración del tratamiento.
-Tranquilizar al paciente.
Posibles problemas tras la cirugía:
-Fracaso de permeabilidad del colgajo.
-Infección herida quirúrgica.
-Incorrecta permeabilidad de los drenajes, produciendo acúmulos

## 5 Discusión-Conclusión

La elevada prevalencia a nivel mundial y el aumento de casos que requieren este tipo de intervención han ayudado a la aparición de diversos tipos de colgajos que son clasificados en diferentes categorías. Por eso, estas cirugías requieren un abordaje multidisciplinar donde el personal de enfermería tiene un papel principal en aspectos asistenciales, cuidado integral e individualizado del paciente con el objetivo de lograr una continuidad en los cuidados, una elevada adherencia al tratamiento y una correcta educación al paciente y su entorno para conseguir la mejor calidad de vida, utilizando un plan de cuidados individualizado y estandarizado de acuerdo a las necesidades de cada individuo.

## 6 Bibliografía

1. Sociedad Española de Cirugía Plástica y Reparadora y Estética. Disponible en: https://secpre.org/pacientes/que-es-la-cirug%c3%Ada-pl&C3A1stica.
2. Villa Z, Pérez. Tierra P. Intervención enfermera en injertos cutáneos y colgajos. Plan de cuidados en la actuación postquirúrgica 2016. Revista médica electrónica Portalmedicos.com.
3. Minas T Christopoulo. Tissue Flap Classification. Medscape. 2017. Disponible en: https:/emedicine.medscape.com/article/1284474-overview.

## Capítulo 87

# DUE: PROTOCOLO DE ACTUACIÓN DE ENFERMERÍA ANTE UNA QUEMADURA POR CONGELACIÓN

ALEJANDRO HERNANDEZ LLORENS

## 1 Introducción

Una quemadura es una lesión en los tejidos del cuerpo ocasionada por calor, frío, sustancias químicas, electricidad, ciertos tipos de radiaciones e incluso el sol.

Según su gravedad estas se clasifican en 3 estadíos:
- Quemaduras de primer grado: se daña solamente la capa externa de la piel.
- Quemaduras de segundo grado: dañan la capa externa de la piel y la que se encuentra por debajo de ella.
- Quemaduras de tercer grado: dañan o destruyen la capa más profunda de la piel y los tejidos que se encuentran próximos a ella (músculos, hueso, nervios etc)

Las quemaduras pueden ocasionar hinchazón, ampollas, heridas, cicatrices y en los casos más severos pueden llegar a generar un shock, sepsis generalizada e incluso llegar a provocar la muerte del individuo.

El tratamiento de cada tipo de quemadura depende de la causa de la misma y también de la profundidad así como el área o extensión de la piel que se haya visto afectada.

Hay que tener en cuenta que después de producirse una quemadura grave hay que esperar unas 24 horas para descartar síntomas de shock y de toxemia debidos a la absorción de los tejidos necróticos de la piel quemada.

El shock hipovolémico es la principal complicación a nivel sistémico, cuya aparición depende de la extensión de la quemadura.

## 2 Objetivos

Conocer c el protocolo de actuación ante una quemadura por congelación, evitando así riesgos innecesarios para el paciente y minimizando el alcance de las lesiones o complicaciones.

## 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 exposición a temperaturas muy bajas puede llegar a provocar quemaduras por congelación. Este tipo de quemadura no es la más común pero si reviste de gravedad ya que requiere de atención médica de forma urgente.
Este tipo de quemadura daña los tejidos ya que se produce la formación de cristales de hielo que rompen las membranas celulares de los tejidos, dañando y necrosando los mismos.

Otra forma de daño por congelación es que si tras una congelación se aplica calor en esa zona, se produce un espasmo y una obstrucción micro vascular que produce isquemia en la zona y daño en los tejidos.

Las superficies que se ven con frecuencia más dañadas son las yemas de los dedos, los dedos de los pies, los lóbulos auriculares, las mejillas, el mentón y la punta de la nariz.

Los primeros signos e indicios de congelación son el enrojecimiento de la piel en esa zona y un dolor ardiente.
Posteriormente la piel evoluciona tornándose gélida , entumecida, blanca o grisácea con una apariencia rígida o cerosa.

La quemadura por congelación puede aparecer en tan solo unos minutos tras la exposición y puede llegar a dañar planos profundos de la piel.

Tratamiento de quemaduras por congelación:

- El calentamiento progresivo, es la clave en el tratamiento de este tipo de quemaduras.
- Es recomendable el traslado de la persona afectada a un espacio con más calor.
- Es necesario retirar la ropa húmeda y cualquier joya u objeto que lleve.
- Es necesario evitar la deshidratación del paciente, dando bebidas calientes y alimentos ricos en hidratos de carbono.
- Hay que mantener al paciente caliente, evitando pérdidas de calor, tapándolo con una manta y usar agua tibia para sumergir las partes lesionadas (la temperatura del agua debe situarse entre 38-40 grados, y como decíamos la temperatura de esta debe de ir subiendo de forma progresiva), también se puede envolver la zona con paños calientes sin ejercer presión, los dedos deben envolverse por separado.
- No se deben frotar las regiones congeladas, ya que pueden producirse más heridas.
- No se deben de drenar las ampollas de la dermis congelada ni hacer curas sin contar con supervisión médica.
- Durante el proceso de recuperación tisular es recomendable que el paciente evite tomar alcohol o fumar ya que esto puede retrasar la cicatrización.

## 5 Discusión-Conclusión

Tras realizar una revisión bibliográfica concluimos algunas cuestiones básicas del protocolo de actuación ante una quemadura en un paciente por congelación, sabiendo que debemos de evitar aplicar calor de forma directa en la zona y que esta aplicación debe realizarse de forma progresiva en temperatura, no sobrepasando los 38-40 grados.
Hemos visto los distintos tipos de quemadura que existen y el tipo de grado o afectación que pueden revestir cada una de ellas, así mismo hemos visto como y porque se produce la muerte celular de la zona del tejido tras exponerse a temperaturas muy bajas (por debajo de 0 grados).

# 6 Bibliografía

1- lesiones por congelación- MSD MANUALS - disponible en https://www.msdmanuals.com/es-es/hogar/traumatismos-y-envenenamientos/lesiones-producidas-por-el-fr%C3%ADo/lesiones-por-congelaci%C3%B3n/.
2- congelación síntomas y causas - mayo clinic - disponible en https://www.mayoclinic.org/es-es/diseases-conditions/frostbite/symptoms-causes/syc-20372656/.
3- quemadura por frío - Medline plus - disponible en http://www.funsepa.net/medlineplus/spanish/ency/article/000057.htm/.

## Capítulo 88

# PRECARIEDAD LABORAL Y DÉFICIT DE SALUD EN JÓVENES

VICTAR ARCOS CIORRAGA

JOSE ESTEBAN ZAPATA LOPEZ

NATALIA DEL FRESNO LÓPEZ

M. DOLORES BAOS ARANDA

NOELIA DELGADO ARROYO

## 1 Introducción

La precariedad laboral define la carencia o falta de medios en relación al trabajo por debajo de los límites considerados normales. Se produce una inseguridad y falta de estabilidad en el mismo por diversas causas, que a grandes rasgos podemos englobar en cuatro dimensiones:
-la temporalidad, en referencia a la duración y tipo de contrato
-las condiciones del puesto de trabajo en sí mismo, como el ambiente laboral, excesos de horas, etc.
-los ingresos percibidos por el trabajo desempeñado
-la accesibilidad a prestaciones y beneficios sociales, en ocasiones afectados por la ausencia de registro en la Seguridad Social a imposibilidad de acceder a sindicalización.

Cuando se ven afectados algunos de los factores que intervienen en la precariedad laboral se conduce hacia una situación de déficit de salud, fácilmente

visible si se atiende a la pirámide de jerarquía de las necesidades humanas presentada por Maslow, pues se estaría incurriendo en la fragmentación del segundo nivel de la base de la citada pirámide: la necesidad de seguridad, condicionada por la seguridad física y también seguridad de recursos.

Según los datos que arrojan los estudios acerca de la precariedad laboral en España, los grupos más afectados son los jóvenes, las mujeres y los inmigrantes.

## 2 Objetivos

-Describir como son las condiciones laborales en el grupo de población de 18 a 25 años en los distintos núcleos rurales de nuestra Gerencia de Atención Primaria

-Medir el estado de salud de la población de 18 a 25 años de los núcleos rurales que componen nuestra Gerencia de Atención Primaria

-Comparar estado de salud versus condiciones laborales del grupo de población a estudio

## 3 Metodología

Se realizará un estudio descriptivo de conglomerado, la muestra de población estará formada por la población comprendida en el rango de edad de 18 a 25 años, en situación de ocupada laboralmente, de cada uno de los pueblos que se integran en la Gerencia de Atención Primaria de nuestra zona sanitaria de referencia.

Para la obtención de información llevaremos a cabo encuestas de la situación laboral y el estado de salud, que nos darán una visión de las condiciones laborales y sanitarias de la zona en la población objeto de estudio.

Se recogerán todos los datos en una tabla y se llevará a cabo el análisis estadístico de los mismos para dar respuesta a todos los objetivos fijados en nuestro estudio.

## 4 Bibliografía

-Instituto Nacional de Estadística: https://www.ine.es
-Amable M. La precariedad laboral y su impacto en la salud. Un estudio de trabajadores asalariados en España. Barcelona: Universitat Pompeu Fabra; 2006

-Benach J., Muntaner C., Solar O., et al. Empleo, trabajo y desigualdades en salud: una visión global. Icaria; 2010

## Capítulo 89

# CAIDA CASUAL CON CONTUSIÓN LUMBAR

CARMEN DÍAZ PALACIO

## 1 Introducción

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. Las lesiones causadas por las caídas pueden ser mortales , aunque la mayoría de ellas no lo son.
Las caídas son la segunda causa mundial de muerte por traumatismos involuntarios.
Se calcula que anualmente fallecen en todo el mundo unas 684 000 personas debido a caídas y que más de un 80% de ellas se registran en países de ingresos medianos y bajos.
Los mayores de 60 años son quienes sufren más caídas mortales.
Cada año se producen 37,3 millones de caídas cuya gravedad requiere atención médica.
Las estrategias preventivas deben hacer hincapié en la educación, la capacitación, la creación de entornos más seguros, la priorización de la investigación relacionada con las caídas y el establecimiento de políticas eficaces para reducir los riesgos.
Ambos sexos corren riesgo de sufrir caídas en todos los grupos etarios y todas las regiones. Las mujeres de edad y los niños pequeños son especialmente propensos a sufrir caídas y a que estas revistan más gravedad, si bien, en todo el mundo, las tasas de mortalidad y los AVAD perdidos son sistemáticamente más altas en los varones. Ello podría deberse a que estos adoptan más frecuentemente comportamientos de riesgo y a que tienen trabajos más peligrosos.

## 2 Objetivos

El objetivo principal va encaminado a descartar alguna fractura , paliar el dolor y la realización de educación sanitaria en la prevención de caídas.

## 3 Caso clínico

Paciente del sexo femenino, de 74 años de edad, acude a un servicio de urgencias de un hospital comarcal, por un dolor lumbar bajo, a raiz de una caída en su domicilio, tras tropezar con la alfombra del pasillo ocurrida hace 48 horas.
ANTECEDENTES:
Alergia medicamentosa : codeína y efedrina.
Antecedentes familiares:
No HTA. No DM. Hipercolesterolemia.
No hábitos tóxicos.
Hiperparatiroidismo primario tras resección adenoma paratiroideo inferior derecho.
FA paroxística (anticoagulada con Rivaroxaban). Tiene estudio Holter en 2015 con RS y rachas de FA rápida.
AR seropositiva ACPA positiva en 2001.
Discopatías múltiples en columna lumbar y fractura T12. Trocanteritis infiltradas en otro centro hospitalario privado.
Varias infiltraciones epidurales.
ERGE y episodios de faringolaringitis por RGE. Cardias incompetente y duodenitis.
Anemia crónica. En 2019 cifras en torno a 10 gr/l. Estudios endoscópicos en 2016 solicitados por anemia.
EDA: Esófago: Mucosa sin lesiones. No varices. Estrechamiento del hiato a 39 cm.
Estómago: Mucosa adelgazada, con leve eritema focal, sin lesiones. Luz de calibre normal sin restos hemáticos. Retroflexión: normal. Píloro redondo, céntrico y permeable.
Duodeno: Mucosa de bulbo y segunda porción de aspecto normal; se toman biopsias intestinales para cribado enteropatía: bx duodenales sin cambios histológicos relevantes
Síndrome depresivo.
EXPLORACIÓN FÍSICA: No dolor a la palpación en coxis ni columna lumbar. Lassegue negativo.

PRUEBAS COMPLEMENTARIAS:
RX lumbar: escoliosis degenerativa, fusión T12-L1, artrosis en L5-S1, acuñamiento de L1 ya presente en RX de 2016, sin cambios.
Se solicita interconsulta al servicio de traumatología, que valora a la paciente:
Cicatriz de cirugía con buen aspecto, levemente molesta a la palpación de su tercio medio se aprecia leve hematoma distal a ella. No dolor a la palpación sacroilíacas ni musculatura paralumbar. No parestesias ni focalidad neurológica distal.
Se administra enantyum iv con mejoría del dolor, consiguiendo deambulación autónoma, sin apenas dolor.
Diagnóstico principal: Contusión lumbar. Se descarta afectación ósea.

## 4 Discusión-Conclusión

Las caídas pueden ocurrir en cualquier lugar. Esto incluye tanto dentro como fuera de casa. Es importante tomar acciones para prevenir las caídas, como hacer cambios en casa para que sea un lugar seguro, evitar cosas que puedan provocar caídas y hacer ejercicios de fortalecimiento y equilibrio.
Tener una cama baja, de manera que los pies toquen el suelo al sentarse en el borde.
Mantener los peligros de tropiezos fuera de su hogar.
Retirar los cables o cuerdas sueltas de áreas por donde usted pase para ir de una habitación a otra.
Retirar las alfombras sueltas.
No tener mascotas pequeñas en su casa.
Emparejar las diferencias de altura entre pisos en las puertas.
Tener una buena iluminación, especialmente en el recorrido desde la habitación hasta el baño y en el baño.

## 5 Bibliografía

Alcalde, P., Duems, O., & González, M. G. (2010). Miedo a caerse. Revista Multidisciplinar de Gerontologia, 20(3), 125–135. https://doi.org/10.1016/j.regg.2009.10.006
Australian Commission on Safety and Quality in Healthcare. (2009). Preventing Falls and Harm From Falls in Older People. Australian Community Care.
Berg K, Maki B, Williams Jl, Holliday P, W.-D. S. (992). A comparison of clinical and laboratory measures of postural balance in an elderly population. Archives of Physical Medicine and Rehabilitation1, 73, 1073–1083.

Cameron, I. D., Gillespie, L. D., Robertson, M. C., Murray, G. R., Hill, K. D., Cumming, R. G., & Kerse, N. (2012). Interventions for preventing falls in older people in care facilities and hospitals. The Cochrane DB of Systematic Reviews, 12(12), CD005465. https://doi.org/10.1002/14651858.CD005465.pub3
Cameron, I., & Murray, G. (2005). Interventions for preventing falls in older people in residential care facilities and hospitals. The Cochrane DB. https://doi.org/10.1002/14651858.CD005465
Casas, A., Martínez, N., & Alonso, F. J. (2011). Deterioro cognitivo y riesgo de caída en el anciano. Revista Española de Geriatría Y Gerontología, 46(6), 311–318. https://doi.org/10.1016/j.regg.2011.05.006
Clemson, L., Cumming, R. G., & Roland, M. (1996). Case-control study of hazards in the home and risk of falls and hip fractures. Age and Ageing, 25(2), 97–101. https://doi.org/10.1093/ageing/25.2.97
Cumming, R. G., Thomas, M., Szonyi, G., Frampton, G., & Clemson, L. (2001). Adherence Occupational Therapist Recommendations for Home Modifications for Falls Prevention. The American Journal of Occupational Therapy, 55(6), 641–648.

## Capítulo 90

# CONSECUENCIAS DEL TRABAJO A TURNOS EN EL PERSONAL SANITARIO

ESTEFANIA GARCIA AVELLON

EVA MENÉNDEZ RODRÍGUEZ

ANA BELEN CRUZ CALLE

MARIA DEL PILAR GOMEZ MENENDEZ

ANA LÓPEZ ARANGO

## 1 Introducción

El colectivo de enfermería en los centros sanitarios se encarga del cuidado integral del paciente lo cual implica una constante actividad, debido a ello, para cubrir esta necesidad de jornada continuada, es inevitable que existan turnos sucesivos de mañanas, tardes y noches manteniendo una actividad de 24 horas al dia y durante todos los días del año incluidos fines de semana y festivos. El ritmo circadiano de sueño-vigilia se relaciona con las horas de luz solar.En el cerebro, el núcleo supraquiasmatico, controla la producción de melatonina que es la hormona encargada de producir somnolencia. El cerebro recibe información desde los ojos a través del nervio óptico, cuando hay menos luz el núcleo supraquiasmatico le indica al cerebro que produzca más melatonina para inducir al sueño y viceversa.

El trabajo a turnos exige a nuestro organismo mantenerse en vigilia en momentos que necesita descanso como es el caso de las noches y obliga a procurar el sueño durante las horas de luz solar, viendose por consiguiente perturbado el ritmo biológico del sueño y provocando como consecuencia alteraciones como el insomnio nocturno, somnolencia y cansancio diurna, además de verse afectados funciones corporales importantes como los hábitos alimentarios y de digestión y la regulación de la temperatura corporal.

## 2 Objetivos

-Conocer la relacion entre el trabajo a turnos y las importantes consecuencias a nivel fisico, psiquico, social y profesional.
-Reconocer la influencia del trabajo continuado a turnos en la vida del colectivo enfermero

## 3 Metodología

Se ha realizado una revision bibliográfica de diversos artículos cientificos en las bases de datos: Scielo, Cochrane y Medline, incluyendo los articulos más relevantes desde el año 2008 hasta la actualidad y excluyendo aquellos articulos que están incompletos, en otro idioma que no sea castellano y no tengan un acceso libre.
Se han usado como palabras clave:”turno rotatorio”, ”turno nocturno”, ”ritmo circadiano”y ”enfermería”, combinandose todos ellos con el operador booleano ”and”.

## 4 Resultados

Las condiciones en las cuáles se desempeña un puesto de trabajo están íntimamente relacionadas con la salud tanto físico como mental de los trabajadores. Cuando se trabaja a turnos, el descanso se ve afectado al no poder dormir cuando se necesita y el trabajador sufre como consecuencia varios trastornos.
Algo a destacar es el impacto que representa en la vida social, ya que las experiencias muestran que los trabajadores que trabajan a turnos encuentran problemas para tener una vida familiar y social adecuada. El horario nocturno influye en las relaciones interpersonales y nos puede generar un aislamiento social, debido a la

complicación de combinar estos horarios con los horarios de las personas de nuestro entorno, tener que trabajar en momentos y épocas de descanso habitual para el resto de la población como puede ser fines de semana, época de fiestas, noches, etc., puede suponer un gran desarraigo familiar, social y cultural. Además los turnos nocturnos son una fuente que genera estrés, y esto nos puede conllevar al consumos de sustancias adictivas como puede ser el café, tabaco, alcohol…

A nivel físico, se ha llegado a observar una relación entre alteraciones de salud (trastornos digestivos, musculares, de sueño, actividad mental) y el turno laboral. Las alteraciones que se sufren por la alteración del ritmo circadiano a largo plazo puede llegar a producir problemas de tipo cardiovasculares como la hipertensión arterial. Las alteraciones gastrointestinales como la gastritis, la acidez, son comunes debido a horarios no adecuados para alimentarse.
Existe una relación entre los turnos de trabajo nocturnos y la aparición del síndrome de burnout. Éste aparece como respuesta a una estrés laboral prolongado. Las personas que lo presentan tienen síntomas de agotamiento, cansancio y se encuentran emocionalmente desgastados.
Además puede repercutir en los pacientes ya que el descanso insuficiente incrementa posibles errores en el desempeño del trabajo del profesional sanitario.
Los artículos revisados nos sugieren que los mayores efectos negativos para la salud que podemos relacionar con la turnicidad laboral, ocurren en aumento con la edad. Existe una adaptación más lenta en los trabajadores de mediana edad en relación con los jóvenes.

## 5 Discusión-Conclusión

Están demostradas las repercusiones que tiene sobre la salud de los trabajadores sanitarios la turnicidad y el trabajo en horario nocturno.

Se recomienda a los centros de trabajo, fomentar a sus profesionales mantener un estilo de vida saludable, una alimentación equilibrada y a las horas que corresponda, dormir como mínimo ocho horas diarias, mantener hábitos correctos de autocuidado y fomentar la realización de actividad física, además de fomentar actividades recreativas.

Los enfermeros que trabajan a turnos podrían tratar de mejorar los efectos producidos por estos cambios de horarios aprendiendo a tomar medidas para, en la medida de lo posible, reducir las variaciones de sueño. Se deberían tener en cuenta medidas que reduzcan las condiciones patológicas que pueden surgir a

raiz del trabajo a turnos, especialmente durante el turno nocturno. Las estrategias terapéuticas deben enfocarse especialmente en la manera en la que se organiza el trabajo, la gestión hospitalaria debe mejorar y respetar las horas de descanso del trabajador. Desde el servicio de prevención de debería evaluar el gran impacto que supone el trabajo en turno nocturno, ya que en este caso, enfermería es la encargada de brindar cuidados esenciales a los pacientes.

## 6 Bibliografía

1. Ramírez-Elizondo, N., Paravic-Klijn, T., & Valenzuela-Suazo, S. (2013). Riesgo de los turnos nocturnos en la salud integral del profesional de enfermería. Index de Enfermería, 22(3), 152–155. https://doi.org/10.4321/s1132-12962013000200008
2. Bonet-Porqueras, R., Moliné-Pallarés, A., Olona-Cabases, M., Gil-Mateu, E., Bonet-Notario, P., Les-Morell, E., Iza-Maiza, M., & Bonet-Porqueras, M. (2009). Turno nocturno: un factor de riesgo en la salud y calidad de vida del personal de enfermería. Enfermería Clínica, 19(2), 76–82. https://doi.org/10.1016/j.enfcli.2008.10.010
3. Santana-Herrera, J., Alfano, T., & Escobal-Machado, A. (2014). Turnos de trabajo: ¿un factor de riesgo cardiovascular? Medicina y Seguridad del Trabajo, 60(234), 179–197. https://doi.org/10.4321/s0465-546x2014000100014
4. Deschamps Perdomo, A., Olivares Román, S. B., Rosa Zabala, K. L. D. L., & Asunsolo Del Barco, N. (2011). Influencia de los turnos de trabajo y las guardias nocturnas en la aparición del Síndrome de Burnout en médicos y enfermeras. Medicina y Seguridad del Trabajo, 57(224), 224–241. https://doi.org/10.4321/s0465-546x2011000300004
5. Fernández Montalvo, J., & Piñol, E. (2000). Horario laboral y salud : consecuencias psicológicas de los turnos de trabajo. Revista de Psicopatología y Psicología Clínica, 5(3). https://doi.org/10.5944/rppc.vol.5.num.3.2000.3899

## Capítulo 91

# ACTUACIÓN DE ENFERMERÍA EN EL MANEJO DE LA OXIGENOTERAPIA DE ALTO FLUJO.REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA

MONICA ALONSO ALONSO

MARÍA NIETO DE LA TORRE

## 1 Introducción

La oxigenoterapia es un tratamiento que consiste en la administración de oxígeno a concentraciones superiores a las del aire ambiente (21%), con el objetivo de prevenir y/o tratar las manifestaciones clínicas de la hipoxemia.
Existen dos sistemas de administración: alto flujo y bajo flujo.
La oxigenoterapia de alto flujo consiste en aportar un flujo de oxígeno, solo o mezclado con aire, por encima del pico inspiratorio del paciente a través de una mascarilla facial o una cánula nasal. El gas se caliente a una temperatura cercana a la corporal (34-40ºC) y se humidifica alcanzando una humedad relativa entre 95 y 100%.
Este sistema funciona con una mezcladora de oxígeno y aire, que permite aplicar una FIO2 del 21 al 100%, generando velocidades de flujo de hasta 60 litro por minuto; dicha mezcla pasa a través de un humidificador a un circuito inspiratorio calentado para evitar la condensación . Posteriormente esta mezcla es administrada al paciente a través de cánulas nasales de gran diámetro.
Lo más destacado de este dispositivo es que permite administrar un alto flujo humidificado por encima del flujo inspiratorio máximo, facilitando la oxigenación,

y mejorando la eficiencia respiratoria al insuflar gas limpio que lavaría el espacio muerto anatómico, mejorando la elasticidad pulmonar y produciendo cierta presión positiva que ayuda a la distensión pulmonar, contribuyendo así a disminuir el trabajo respiratorio.
Esta terapia está recomendada en casos de hipoxemia sin hipercapnia, insuficiencia respiratoria moderada con necesidades elevadas de oxígeno, apoyo respiratorio tras las extubaciones, o exacerbaciones de la insuficiencia cardiaca entre otros.

## 2 Objetivos

Describir el funcionamiento de los dispositivos de oxigenoterapia de alto flujo.
Instruir al profesional de enfermería en el manejo de los mismos, así como en los cuidados de los pacientes sometidos a esta terapia

## 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

Los sistemas de alto flujo, se caracterizan por el aporte constante de la concentración de oxígeno, independiente del patrón ventilatorio del paciente. Además, aportan el requerimiento inspiratorio total del paciente, por lo que no necesita de la inspiración conjunta de aire enriquecido con O2 y aire ambiente, a diferencia de otros sistemas.
Pertenecen a este grupo la mascarilla ventimask, el ambú , el tubo en T, la campana de oxígeno, la tienda facial, la CPAP, la cámara hiperbárica, la mascarilla de traqueostomía y las cánulas nasales; en estas últimas será en las que nos centramos.
La cánula nasal empleada es similar a la convencional, siendo más corta para evitar la pérdida de temperatura y estando configurada para reducir al mínimo la resistencia y la pérdida de calor. Proporciona cerca del 100% de humedad relativa, haciendo que el paciente pueda tolerar flujos altos de oxígeno, y generan

un vapor cercano a la temperatura corporal. Suministran una FiO2 constante, alcanzando unos niveles superiores al 50%. La regla más habitual suele ser de de 2
L por
Kg de peso, con un máximo de 60 L/min, comenzando generalmente con flujos de 25 L/min. Son relativamente cómodas y generalmente bien toleradas; tienen un efecto muy similar a las CPAP provocando una disminución del trabajo respiratorio. Además eliminan el CO2 del espacio muerto respiratorio, rellenándolo con gas. Al no cubrir todo el rostro permiten la alimentación y comunicación oral, existiendo adaptadores para personas con traqueotomía. No contiene látex.
Material necesario :
- Sistema de humidificación/calefactor con regulador de temperatura.
- Cable del calefactor.
- Cámara de humidificación.
- Filtro.
- Tubuladura de circuito respiratorio.
- 30 cm de alargadera de aspiración.
- Bolsa de agua estéril.
- Toma de oxígeno.
- Toma de aire comprimido.
- Manómetro de oxígeno con manómetro de flujo/aire. Este flujo debe de ser como mínimo de 70 l/min.
- Cánula nasal.
- Adaptador para filtro y tubuladura de aspiración.

Las principales indicaciones son:
- Pacientes con necesidades de aporte de oxígeno elevadas.
- Insuficiencia respiratoria moderada.
- Tras retirada de intubación mecánica.
- Incomodidad y mala tolerancia a las mascarillas faciales.

Entre los inconvenientes se encuentran:
- Imposibilidad de medición de las presiones de CPAP generadas.
- Puede ocurrir condensación en la cánula nasal a flujos bajos; para evitarla no se deben emplear Tª > 34ºC con flujos < a 5l/min, y vigilar la Tª ambiental.
- Mayor coste económico que otros dispositivos.

Cuidados de enfermería:
- Informar siempre al paciente del procedimiento que se le va realizar.
- Conectar la salida para el aire y oxígeno a las tomas de pared.

- Conectar el agua estéril al humidificador y encenderlo; debe colocarse siempre por debajo del paciente con el fin de evitar que el agua se drene hacia la nariz del paciente. La bolsa con agua estéril debe colgar lo más alto posible por encima de la cámara de humidificación.
- Ajustar la temperatura del humidificador en VMI (ventilación mecánica invasiva) para obtener un incremento de la temperatura y humidificación del aire inspirado. Si el paciente refiere que el aire inspirado está demasiado caliente y le resulta molesto, se puede cambiar el modo de temperatura a modo VMNI para que ofrezca una temperatura más baja y menos humidificación del aire inspirado.
- Conectar la cánula nasal en el extremo distal de la tubuladura de inspiración y ajustarla al paciente.
- Ajustar la concentración de oxígeno deseada y ajustar el caudal de flujo en el caudalímetro; suele comenzarse con un flujo de 25 litros / min y se va aumentando de 5 en 5 litros siempre que el paciente lo vaya tolerando, hasta llegar a los valores prescritos por el facultativo.
- Monitorizar al paciente con pulsioxímetro, realizando mediciones puntuales de la saturación de oxígeno.
- Observar y calcular la frecuencia respiratoria, así como los movimientos respiratorios, el uso de la musculatura accesoria.
- Observar la posible retención de carbónico en pacientes que sufren de EPOC.
- Posicionar al paciente en una postura óptima para facilitar el trabajo respiratorio.
- Observar el correcto funcionamiento del humidificador y el nivel óptimo de agua y cambiarlo cuando se requiera.
- Tener especial cuidado con la condensación de agua en la alargadera de la inspiración; con demasiada condensación puede haber riesgo de que el paciente la inhale en los cambios de posición con el consecuente riesgo de aspiración e infección.
- Los aerosoles no se deben de acoplar al sistema de alto flujo; deben de administrarse de manera habitual, con mascarilla de aerosolterapia o bien con cámara espaciadora.
- Controlar regularmente la posición y ajuste de la cánula nasal, para evitar incomodidades.
- Comprobar que las fosas nasales del usuario se encuentra permeables, libres de secreciones.
- Vigilar los puntos de apoyo de la cánula, especialmente en pabellones auriculares y mucosa nasal, con el fin de prevenir lesiones asociadas al uso del dispositivo.

- Revisar regularmente la concordancia entre el flujo prescrito y el suministro de O2.
- Mantener limpio el dispositivo y desechar en caso de que se ensucien o deterioren.
- Favorecer la higiene bucal y nasal.
- Facilitar la hidratación oral.
- Controlar la temperatura del sistema.
- Mantener las tuberías en declive para que el agua no fluya hacia la cánula nasal.
- Registrar todo el procedimiento en la historia clínica del paciente.

## 5 Discusión-Conclusión

Los sistemas de oxigenoterapia de alto flujo a través de cánula nasal representan hoy día una opción terapéutica alternativa a los métodos invasivos, siendo los resultados obtenidos hasta el momento muy favorables. Constituyen una buena opción terapéutica en pacientes con insuficiencia respiratoria, mejorando la oxigenación, disminuyendo el trabajo respiratorio y aumentando el bienestar de los pacientes. Además, evita los posibles efectos adversos sobre la mucosa nasofaríngea por la humidificación del aire inspiradextendido no sólo a las unidades de cuidados intensivos y urgencias hospitalarias, sino también a las unidades de hospitalización convencional. Además de las ventajas que ofrece el uso de dichos sistemas, por la comodidad y la facilidad para el manejo, el paciente va a poder comunicarse e incluso ingerir líquidos y alimentos sólidos mientras recibe la terapia. Es por eso que el profesional de enfermería debe de estar cualificado y entrenado en su uso, para poder prestar unos cuidados con la máxima calidad y seguridad posibles.

## 6 Bibliografía

1. Masclans JR, Pérez-Terán P, Roca O. Papel de la oxigenoterapia de alto flujo en la insuficiencia respiratoria aguda. Med Intensiva 2015;39:505-15 - Vol. 39 Núm.8 DOI: 10.1016/j.medin.2015.05.009.
2. Fuentes Montes E, Cebrian Rodriguez L, Cordero Martinez M, Fernandez Deza

## Capítulo 92

# VIOLENCIA A DIRIGIDA AL PERSONAL DE ENFERMERÍA

DAVID REDRUELLO RIVERO

MARÍA BELÉN MATANZA VALDÉS

LUCÍA SOTO DOMÍNGUEZ

MARÍA CACHERO MUÑIZ

LAURA IÑIGO GARGANTIEL

## 1 Introducción

La violencia ocupacional es un fenómeno reciente y actual, además de global, que se enmarca en el ámbito de los riesgos laborales y afecta a todos los profesionales, áreas y sectores, especialmente a los sanitarios. Por este motivo, su prevención exige que haya una información actualizada al respecto, fiable y permanente, dirigida a estos profesionales. La organización mundial de la salud indica que es una preocupación prioritaria. Los organismos internacionales que se encargan de analizar y realizar recomendaciones sobre la calidad de vida profesional y el bienestar en distintos sectores de trabajo, hablan de la violencia en el sector sanitario como un importante factor de riesgo psicosocial, que afecta a los derechos humanos. Además, añaden que es una cuestión que ha de ser intervenida de manera urgente, tanto a nivel social como económico. Por otro lado, distintas investigaciones científicas recientes se enfocan en el problema de la violencia en el trabajo contra los profesionales sanitarios y en su invisibilización, ya que

sólo recientemente distintas organizaciones como la OMS, la OIT y la CIE han empezado a hablar de esta problemática.

Si bien no encontramos definiciones correctamente establecidas sobre la violencia en el trabajo, diversos organismos la definen como "un incidente en forma de conducta hostil, dirigida por una o varias personas hacia el personal que los atiende en el marco de una organización de servicios sanitarios, en circunstancias relacionadas con su trabajo y que ponen en peligro la seguridad del mismo, su bienestar y salud consideradas en su triple dimensión: somática, psicológica y social".

Entre todos los profesionales sanitarios, es el personal de enfermería quienes parecen ser los objetivos principales de estos agresores, por lo que analizar convenientemente sus causas y su posible prevención es esencial para implementar medidas efectivas.

## 2 Objetivos

El principal objetivo de este trabajo es analizar las características de la violencia dirigidas al personal de enfermería en un ámbito sanitario, así como las principales respuestas a implementar.

## 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 15 años, cribando los resultados a términos referentes al tema del trabajo.

## 4 Resultados

Se encuentra que las acciones violentas pueden adoptar múltiples manifestaciones en función de las personas, la organización, las relaciones implicadas o las culturas. Destacan dos modos principales de violencia: por un lado, encontramos la física, que se caracteriza por el empleo de la fuerza (como golpes, empujones, bofetadas, patadas, mordiscos, tirones de pelo, puñaladas, pellizcos…) y que producen daños corporales, sexuales o psicológicos; por otro lado, encontramos la

modalidad psicológica, abusos verbales en forma de insultos, amenazas, humillaciones, intimidación, acoso… Además, actualmente, también encontramos violencias vía telemática o telefónica, que pueden marcarse en la anterior.

El caso del personal de la salud, hallamos que la violencia en el lugar de trabajo presenta distintos efectos. En primer lugar, de cara a la organización, ya que se produce un descenso significativo de la cantidad de horas de trabajo desarrolladas; también un descenso en la cantidad y calidad del servicio prestado, en la calidad de la vida laboral y del clima social, de la imagen institucional y una merma en la productividad, eficiencia, competitividad y excelencia organizacional. Por otro lado, se produce un aumento del coste del servicio sanitario, así como de la crispación y la conflictividad laboral. En segundo lugar, encontramos que se ve afectada la dimensión de la propia persona, descendiendo la motivación para el trabajo e implicación con la institución, su autoestima, el rendimiento laboral, la empatía, su disponibilidad en la atención al usuario y la duración de la visita médica; aumentan, por otro lado, síntomas negativos, como son los fisiológicos, problemas gastrointestinales, respiratorios, insomnio, cefaleas, fatiga, aumentan los problemas emocionales: irritabilidad, estrés, ansiedad, inseguridad, indefensión, frustración, miedo, culpa, vergüenza, desconfianza, depresión, injusticias percibidas, pesimismo, problemas en la concentración, en la memoria, en la planificación; así como conductuales, derivando en absentismo, bajas, retrasos, peticiones de permisos, excedencias, cambios de trabajo. Finalmente, también encontramos problemas psicosociales: retraimiento, incomunicación, problemas sociales, despersonalización, delegación de responsabilidades…

Además, en el caso de los profesionales de enfermería, encontramos distintos factores de riesgo de la violencia en el trabajo: en primer lugar, la estructura de la organización: se produce más violencia en las organizaciones e instituciones que son muy rígidas, burocratizadas y autoritarias; por otro lado, también en las que son excesivamente flexibles, impredecibles e inestables; también en aquellas que no tienen políticas o normativas coherentes y lógicas, con circuitos y canales de comunicación deficitarios con información insuficiente y ambiguo. Por otro lado, la propia conducta organizacional: como una gestión extremadamente arbitraria, con tratos de favor o discriminatorios, es otro factor de riesgo. En tercer lugar, el contexto laboral y sociocultural, como las condiciones y el clima de trabajo, salas de urgencia masificadas, los tiempos de espera largos. En cuarto lugar, los factores individuales, que predisponen a la persona a sufrir violencia.

Si hablamos de prevención, hallamos que -a nivel individual-, una propuesta efec-

tiva es la sensibilización hacia el problema. La información suficiente y necesaria, la formación periódica y la capacitación del personal en conductas de reacción adecuadas y proporcionales a la agresión. También hallamos prevención a nivel organizacional, como reforzar los dispositivos de seguridad, volver a diseñar la institución, su espacio, las vías de acceso y de salida. Los cambios en la cultura y el estilo de la gestión de la calidad de la información administrada; también la creación de observatorios de la violencia en el trabajo se ha demostrado eficaz. Finalmente, implementar dispositivos de detección precoz y de intervención en crisis, la optimización de los sistemas de comunicación o implementar protocolos de conducta ante agresiones y antiviolencia.

## 5 Discusión-Conclusión

Se encuentra que existen distintos tipos de violencia, ya sea física o psicológica, a las que se puede ver el expuestos el personal sanitario y, en concreto, el profesional de enfermería. Para abordar convenientemente esta cuestión se han de tener en cuenta, en primer lugar, cuáles son los factores de riesgo que predisponen a estas personas a sufrir violencia, así como cuál es el perfil del agresor. Por otro lado, se han de analizar las formas de prevención más efectivas y eficaces y, en último lugar, cuáles son los efectos de la violencia en el lugar de trabajo, ya que tener claras cuáles son las consecuencias apoyara unas u otras medidas o recomendaciones. Los cambios que se pueden producir a nivel organizacional son importantes y efectivos. En este sentido, si la organización establece buenos patrones y canales comunicativos, otorga información a sus trabajadores, da la oportunidad de realizar capacitación y formación al respecto… apoyará la prevención de la violencia y dotará al personal sanitario de habilidades para resolver situaciones de agresión.

## 6 Bibliografía

Galián Muñoz, I., Llor Esteban, B., & Ruiz Hernández, J. A. (2012). Violencia de los usuarios hacia el personal de enfermería en los hospitales públicos de la Región de Murcia. Revista Española de Salud Pública, 86, 279-291.

Poblete Troncoso, M., & Valenzuela Suazo, S. (2005). Enfermeras en riesgo: violencia laboral con enfoque de género. Index de Enfermería, 14(51), 40-44.

Letelier Sanz, P., & Valenzuela Suazo, S. (2002). Violencia: fenómeno relevante

de estudio en campos clínicos intra-hospitalarios de enfermería. Ciencia y enfermería, 8(2), 21-26.

Isasi, S. M., Zurita, A. G., Agrelo, I. M. F., & Dios, D. J. C. (2015). Violencia sufrida y percibida por el personal de enfermería del Área Sanitaria Integrada de A Coruña. Enfermería Global, 14(3), 219-229.

Galián-Muñoz, I., Llor-Esteban, B., & Ruiz-Hernández, J. A. (2014). Violencia de los usuarios hacia el personal de enfermería en los servicios de urgencias hospitalarios. Factores de riesgo y consecuencias. Emergencias, 26(3), 163-70.

## Capítulo 93

# ENFERMERIA: ASPIRACIÓN DE SECRECIONES RESPIRATORIAS

JUAN PABLO BORRERO REBOLLO

DIANA OUVIÑA ACEVEDO

MARTA GARCIA VAZQUEZ

## 1 Introducción

El paciente puede tener dificultades para expulsar las secreciones, bien sea por exceso, por densidad o por otras limitaciones (inconsciencia, dolor que restringe la capacidad de toser, medicaciones que deprimen el reflejo de la tos, etc.). En esos casos, necesita ayuda externa para mantener las vías aéreas limpias. La aspiración de secreciones mediante una cánula permite facilitar la ventilación, prevenir la aparición de infecciones y obtener muestras para analizarlas con fines diagnósticos.
Síntomas de obstrucción parcial o total
• Disnea (falta de aire): respiraciones ruidosas o profundas, audibles directamente o por medio del estetoscopio.
• Aumento del trabajo respiratorio que sera visible de forma macroscópica
• Aumento de la frecuencia cardiaca y respiratoria.
• Secreciones acompañadas de tos productiva o no productiva.
• Cianosis (coloración azulada por la falta de oxígeno).
• En los pacientes conectados al respirador, aumento de las presiones respiratorias que activa una alarma visual o acústica.
Técnicas

El auxiliar de enfermeria se encargara de realizar las aspiraciones por vía nasofaríngea y orofaríngea, mientras que el enfermero o enfermera se encarga de la aspiración de secreciones traqueobronquiales. Siempre se debe asegurar que se mantienen unas máximas condiciones de asepsia para evitar posibles contaminaciones en la vía respiratoria

## 2 Objetivos

Conocer como personal sanitario diplomado universitario en enfermería que realiza sus funciones en un centro hospitalario como se deben realizar las aspiraciones de secreciones

## 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

» Aspiración de secreciones
1. Explicar al paciente lo que vamos a hacer.
2. Colocarle en decúbito lateral o en posición semi-Fowler con la cabeza hacia el lado por el que se realiza la aspiración para evitar complicaciones en caso de vómitos.
3. Colocar el protector de la cama y la ropa del paciente.
4. Preparar el sistema de vacío y ajustar la presión negativa deseada (no más de 100 mmHg).
5. Lavarse las manos y ponerse los guantes y mascarilla.
6. Conectar la sonda al sistema de aspiración.
7. Lubricar la punta de la sonda con lubricante hidrosoluble o con suero fisiológico y, con el sistema apagado, introducirla a través de un lateral de la boca para evitar náuseas. La sonda no debe estar aspirando para prevenir lesiones de la mucosa.

8. Aspirar las secreciones girando para cubrir todas las superficies y prevenir lesiones en la mucosa por una aspiración mantenida durante cierto tiempo en la misma zona. Cambiar la sonda las veces que sea necesario. Vigilar la frecuencia cardiaca para prevenir la aparición de arritmias por estímulo vagal o hipoxia.
9. Retirar la sonda sin dejar de aspirar. Apagar el sistema.
10. Ayudar al paciente a que tosa y respire profundamente para movilizar las secreciones.
11. Anotar en la hoja del paciente el volumen, color, consistencia y aspecto mucoso o purulento de las secreciones.
12. Cambiar las botellas de recogida de secreciones, los tubos y conexiones, dejando el equipo de aspiración preparado para la siguiente aspiración. Todo el material desechable debe reponerse y el reutilizable debe ser enviado al servicio de esterilización del hospital.
13. Acomodar al paciente observando su estado respiratorio y lavarse las manos.
Por protocolo, esta técnica se realiza cada seis horas en pacientes intubados, para evitar infecciones respiratorias por la acumulación de secreciones.

## 5 Discusión-Conclusión

Se ha aprendido como personal sanitario diplomado universitario en enfermería que realiza sus funciones en un centro hospitalario como se deben realizar las aspiraciones de secreciones.
Se sabe que el paciente puede tener dificultades para expulsar las secreciones, bien sea por exceso, por densidad o por otras limitaciones (inconsciencia, dolor que restringe la capacidad de toser, medicaciones que deprimen el reflejo de la tos, etc.). En esos casos, necesita ayuda externa para mantener las vías aéreas limpias. La aspiración de secreciones mediante una cánula permite facilitar la ventilación, prevenir la aparición de infecciones y obtener muestras para analizarlas con fines diagnósticos.

## 6 Bibliografía

1. ASPIRACIÓN - Rebecca Dezube , MD, MHS, Johns Hopkins University (Mayo 2021) https://www.msdmanuals.com/es-es/hogar/trastornos-del-pulm%C3%B3n-y-las-v%C3%ADas-respiratorias/diagn%C3%B3stico-de-los-trastornos-pulmonares/aspiraci%C3%B3n#::text=La%20aspiraci%C3%B3n%20se%20emplea%20para,cuando%20la%20tos%20es%20ineficaz.

2. ASPIRACION SECRECIONES - Dr. José Raúl Pérez Sanz (2012) https://www.esteveteijin.com/aspiracion-secreciones/

## Capítulo 94

# AGRESIONES AL PERSONAL DE ENFERMERÍA

ANDRES MARTINEZ SUAREZ

LAURA IÑIGO GARGANTIEL

## 1 Introducción

La violencia física y psicológica en los lugares de trabajo está cada vez más presente en los programas de prevención de riesgos laborales, siendo unos de los principales temas que preocupan a los países más industrializados, se han elaborado directrices marco conjuntamente por la OIT, la OMS y varios organismos más de ámbito internacional en el año 2002.
Un informe de la Unión Europea, expone que un 4% de los trabajadores ha sufrido alguna vez violencia física por parte de clientes o usuarios, también han sufrido insultos o intimidaciones, el 25% de las agresiones laborales se producen en el entorno sanitario.
La elaboración de protocolos de actuación por parte del servicio sanitario para evitar esta problemática está consiguiendo que este tipo de agresiones se denuncia y de algún modo provoque menos malestar entre los trabajadores. A pesar de ello este motivo supone un 30% de las bajas laborales entre el personal.

El Plan de Prevención y Actuación frente a potenciales situaciones conflictivas en centros asturianos, de 2017, pretende principalmente dos objetivos: garantizar la defensa de los profesionales de la sanidad pública dentro del SESPA y proporcionar a los usuarios un entorno tranquilo en los centros sanitarios. Estos planes permiten la comunicación, registro y seguimiento de las agresiones y la coordinación con los servicios jurídicos. Los trabajadores tienen derecho “a recibir

asistencia y protección de las Administraciones públicas y servicios de salud en el ejercicio de su profesión o en el desempeño de sus funciones", reconocido en la Ley 55/2003, de 16 de diciembre, del Estatuto Marco del personal estatutario de los servicios de salud.

En la Ley Orgánica 10/1995, de 23 de noviembre, del Código Penal, en su artículo 550, reconoce como delito de atentado contra la autoridad a las agresiones a los funcionarios públicos, cuando se encuentren ejerciendo las funciones de sus cargos, o con ocasión de ellas. Haciendo especial mención a los funcionarios docentes y a los sanitarios.

## 2 Objetivos

El objetivo será analizar las causas de las que derivan las agresiones al personal de enfermería y cómo afrontan estos profesionales dichas agresiones.

## 3 Metodología

La metodología que se ha usado para la realización de este trabajo ha sido la revisión bibliográfica relacionada con las agresiones al personal de enfermería.
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 20019 para limitar la cantidad de información y que esta fuese lo más actualizada posible.
Los términos utilizados para la búsqueda han sido "enfermero", "agresiones laborales", "riesgos laborales", "abusos".

## 4 Resultados

La OIT (2002) define la violencia en el lugar de trabajo como "toda acción, incidente o comportamiento que se aparta de lo razonable, mediante el cual una persona es amenazada, humillada o lesionada por otra en el ejercicio de su actividad profesional o como consecuencia directa de la misma".

Los trabajadores más expuestos a sufrir agresiones son todos aquellos que trabajan cara al público, sean profesionales sanitarios como médicos y enfermeras, o personal no sanitario. El personal más vulnerable es aquel que tiene poca experiencia o es muy joven, lo que se puede percibir a ojos del agresor como vulnerabilidad y por lo tanto se siente con fuerza para agredir. Muchas de las personas que agreden es porque se sienten desatendidos e irritados, aunque deben de tener un problema de ira de base, estas situaciones en las que está en juego la salud y puede que sientan que no están siendo atendidos como deben puede desencadenar un brote de ira que acabe en una agresión.
Perfil del agresor: el agresor no tiene un perfil único. Puede tratarse de personas habitualmente agresivas con un historial de comportamiento violento, personas con poca habilidad para manejar situaciones conflictivas y poca tolerancia a la frustración, personas que sufren enfermedades mentales, o personas con problemas de control de los impulsos, adicciones tanto con sustancias (alcohol, drogas), como sin sustancia (ludopatías y otras dependencias). Tipología de comportamientos violentos: existen agresiones físicas, verbales o sexuales.
Ante una situación peligrosa lo primero es intentar dialogar tranquilamente con la persona intentando calmarlo, pero si esto no es posible se deberá mantener cierta distancia y llamar al guardia que esté más cerca para evitar situaciones violentas que involucren directamente al enfermero.

## 5 Discusión-Conclusión

Las situaciones violentas en el ámbito sanitario son cada vez más frecuentes y pueden conllevar graves consecuencias para el personal de enfermería. La gran mayoría de las bajas producidas tienen que ver con posibles agresiones. El continuo contacto con personas que están menospreciando el trabajo que hacemos y las malas contestaciones y formas con las que se dirigen conllevan problemas de autoestima y falta de motivación para seguir realizando el trabajo. Como ya se mencionó anteriormente el personal joven es el más afectado en estos casos y las mujeres tienen un porcentaje más alto de agresiones verbales con connotación sexual.

## 6 Bibliografía

Madrid, P. J., Salas, M. J., & Madrid, M. (2011). Situación de las agresiones a Enfermería en el Área de Salud de Puertollano. Revista Enfermería del Trabajo, 1(1), 11-17.

Abuye, N. O., Belmonte, T. M., Martos, M. P., & Lorente, I. M. (2013). Caracterización de las agresiones producidas al personal sanitario del servicio de urgencias en un hospital comarcal. Enfermería Global, 12(2).
Martín, M. J. F., García, M. G. C., Aullón, C. O., García, S. R., & Navais, M. S. (2006). Análisis y registro de las agresiones en UCI. Enfermería intensiva, 17(2), 59-66.
Isasi, S. M., Zurita, A. G., Agrelo, I. M. F., & Dios, D. J. C. (2015). Violencia sufrida y percibida por el personal de enfermería del Área Sanitaria Integrada de A Coruña. Enfermería Global, 14(3), 219-229.

## Capítulo 95

# EL ENFERMERO Y LA TOMA DE CONSTANTES VITALES

MARÍA BELÉN MATANZA VALDÉS

DAVID REDRUELLO RIVERO

LUCÍA SOTO DOMÍNGUEZ

MARÍA CACHERO MUÑIZ

## 1 Introducción

Las constantes vitales de una persona son los calores del pulso, la frecuencia respiratoria, la temperatura y la tensión arterial.
El pulso es la dilatación que se produce en las arterias cada vez que el corazón se contrae y bombe sangre hacia las arterias, cuando esta sangre pasa por ellas se dilatan y una vez ha pasado se contraen, volviendo a su diámetro inicial. Como este movimiento se realiza al mismo ritmo que las contracciones cardiacas, será suficiente con medir esas dilataciones con una ligera compresión en la arteria con los dedos. La frecuencia respiratoria tiene como finalidad oxigenar los tejidos y órganos, el centro regulador de la respiración se encuentra en el bulbo raquídeo. En la fase de inspiración el tórax se expande y en la expiración vuelve a su tamaño natural.
La temperatura es otra de las constantes que deben de controlarse en un paciente puesto que indica el equilibrio interno entre los procesos que producen calor y los que lo liberan. La tensión arterial es la fuerza que ejerce la sangre sobre las paredes de las arterias y se mide en milímetros de mercurio. La fuerza que ejerce

va aumentando hasta llegar a un máximo y luego disminuye hasta llegar a un mínimo.

## 2 Objetivos

El objetivo es conocer las constantes de los pacientes y cómo debe un enfermero tomar estas medidas, también conocer los valores normales de las constantes en una persona adulta.

## 3 Metodología

La metodología que se ha usado para la realización de este trabajo ha sido la revisión bibliográfica relacionada con la toma de constantes vitales por parte del personal de enfermería. .
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 20019 para limitar la cantidad de información y que esta fuese lo más actualizada posible.
Los términos utilizados para la búsqueda han sido “constantes vitales”, ”enfermería”.

## 4 Resultados

El pulso se toma con la ayuda de un reloj y la aguja del segundero, se presiona en la arteria con los dedos índice, medio y anular ligeramente y se cuenta la cantidad de veces que la arteria se dilata. No se debe de utilizar el dedo pulgar ya que se puede confundir el propio pulso con el del paciente. Una frecuencia normal para un adulto es entre las 60 y las 80 pulsaciones por minutos, considerándose que el paciente está en bradicardia cuando las ppm son inferiores a 60 y en taquicardia cuando son superiores a 80 ppm. También se deberá de tener en cuenta el ritmo y el tono de las pulsaciones.
La frecuencia cardiaca se medirá también con un segundero, pero esta vez se observará la dilatación del tórax sin que el paciente se percate de ello ya que puede

alterar el número de respiraciones sin darse cuenta. El número de respiraciones que se considera normal para un adulto oscila entre las 12 y las 18 rpm. Un ciclo respiratorio con menos de 12 respiraciones por minuto implica una bradipnea y superior a 18rpm una taquipnea.
La temperatura se medirá con un termómetro que bien podrá ponerse en la frente, axila, boca, oído, ano, ingle, dependiendo del paciente y del termómetro del que se disponga. La temperatura normal para las personas oscila entre los 36,5ºC y los 37,5ºC.
La tensión arterial se tomará con un fonendoscopio que permite escuchar con mayor facilidad el latido de la arteria, un esfigmomanómetro que será el que mida la presión del pulso, se pondrá alrededor del brazo del paciente por encima del codo y se introducirá aire para provocar presión en la zona y escuchas cómo aumenta y cómo disminuye la fuerza con la que pasa la sangre por la arteria. Valores normales para una persona adulta serán 120-140mmHG de sistólica y entre 70-90mmHg de diastólica.

## 5 Discusión-Conclusión

Se puede concluir que el personal de enfermería debe de conocer todos lo materiales de los que dispone en el centro para poder llevar a cabo la medición de las constantes vitales de un paciente. También es importante conocer los valores normales para poder alertar al médico de cualquier anomalía lo más rápidamente posible.
La toma de constante a la llegada al centro médico se realiza para hacer un examen previo del estado de salud del paciente, después, si ha de ser ingresado, se monitorizará al paciente para poder tener un control continuo de las constantes y no tener que medirlas de forma repetitiva.

## 6 Bibliografía

Burgos, A. M. Revision de procedimientos de Enfermeria. Toma de constantes vitales y monitorizacion cardiaca.
Huiracocha, E. P. M. (2010). TÉCNICA DE TOMA DE CONSTANTES VITALES (Doctoral dissertation, UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA).
Molina, M. J., Ortega, J. T., & Belmonte, L. R. (2017). Capitulo 4: Las constantes vitales, monitorización básica.

## Capítulo 96

# ENFERMERIA: EL PACIENTE OSTOMIZADO

DIANA OUVIÑA ACEVEDO

JUAN PABLO BORRERO REBOLLO

MARTA GARCIA VAZQUEZ

## 1 Introducción

Una ostomía es una intervención quirúrgica en la que se hace un orificio no natural o estoma en el exterior del cuerpo para comunicar con un órgano hueco. En relación con el aparato digestivo, hay ostomías de nutrición y de eliminación:
• Ostomías de nutrición: se practican para administrar alimentación cuando existen lesiones o problemas en la boca o en el esófago. Según la zona en la que se inserte la sonda, se denomina esofagostomía, faringostomía, gastrostomía o yeyunostomía.
• Ostomías de eliminación: con ellas se exterioriza el intestino a través del abdomen, cosiéndolo a la piel, para la evacuación de las heces. Según la parte de intestino que se exteriorice, se denomina ileostomía (íleon, con heces semilíquidas y corrosivas), colostomía ascendente
(colon ascendente, con heces semilíquidas e irritantes), colostomía transversa (colon transverso, con heces semilíquidas y poco irritantes), colostomía descendente (colon descendente, con heces sólidas y nada irritantes) o colostomía sigmoidea (colon sigmoideo, con heces firmes, sólidas y no irritantes). Todas ellas pueden ser temporales o permanentes.

Las ostomías pueden dar lugar a complicaciones inmediatas, como necrosis, dehiscencia de la sutura mucocutánea, hundimiento del estoma, hemorragia, infección o edema; o a complicaciones tardías, como estenosis, hernia, prolapso, irritación cutánea o úlceras.

## 2 Objetivos

Conocer como personal sanitario diplomado universitario en enfermería que realiza sus funciones en un centro hospitalario como realizar el cuidado de una ostomia en un paciente ostomizado.

## 3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo, se ha llevado a cabo una investigación que ha consistido en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente.
Se ha realizado una búsqueda sistemática en libros y artículos especializados en las principales bases de datos: Medline, Pubmed, Scielo, donde se han seleccionado aquellos trabajos con contenidos relacionados con el tema de estudio.

## 4 Resultados

Como se ha indicado, existen ciertos sistemas o dispositivos para el cuidado de los estomas y para la recogida de las heces. Hay de muchos diferentes modelos, dependiendo del grado de independencia que tenga el paciente, de la aparición o no de complicaciones, además así como del confort. En general, el dispositivo debe adaptarse bien al tamaño del orificio realizado mediante guías milimetradas, y también deberá proteger la piel periostomal para evitar la irritación causada por el material adhesivo, y este tiene que ser de fácil aplicación tanto para el profesional como para el propio paciente que deberá cambiarlo en su vida diaria habitualmente. Asimismo, debe ser eficaz en la recogida de heces, contar con una buena fijación, y ser suave al tacto para evitar molestias al paciente en la zona en la que se encuentre la ostomia. Hay sistemas de una sola pieza (la parte adhesiva y la bolsa colectora son inseparables y van pegadas directamente a la piel periostomal) y sistemas dobles
(dos piezas independientes). Las bolsas de vaciado pueden ser cerradas con filtro (para cuando las heces son semisólidas o formadas) o abiertas con filtro (para

heces líquidas o semilíquidas).
Es trabajo del personal de enfermería asegurarse que el dispositivo se adapte adecuadamente al paciente y que no se den complicaciones. La piel periostomal se debe mantener en buen estado, por lo que hay que lavarla con agua, esponja suave y jabón neutro; secarla suavemente; usar pastas de relleno cuando haya cicatrices, pliegues o el estoma sea desigual; medir bien el orificio o estoma para una adaptación perfecta del dispositivo; mantener siempre la piel periostomal limpia y seca; cambiar el dispositivo cuando presente fugas; y utilizar los dispositivos adecuados a la piel.

## 5 Discusión-Conclusión

Se ha aprendido como personal sanitario diplomado universitario en enfermería que realiza sus funciones en un centro hospitalario como realizar el cuidado de una ostomía en un paciente ostomizado.
Se conoce que una ostomía es una intervención quirúrgica en la que se hace un orificio no natural o estoma en el exterior del cuerpo para comunicar con un órgano hueco.
Sabemos que existen dos tipos de ostomías: de nutrición y de eliminación.
Además también conocemos cuáles son las características que debe tener el material y cuáles son las técnicas que se deben emplear para el correcto cuidado de la ostomia

## 6 Bibliografía

1. GUÍA PRÁCTICA PARA PERSONAS
OSTOMIZADAS - Fundacion AYUDATE (2003) https://www.saludinforma.es/portalsi/documents/1555801/1924678/Gu%C3%ADa+pr%C3%A1ctica+para+pacientes+ostomizados/f37cbd54-8bc5-43fa-98d3-ee52829150e4;jsessionid=1SbQNBOpuGkJ8Mmy7dIWcb+j.mov-saludinforma-12?version=1.0
2. EL PACIENTE OSTOMIZADO - Nuria Barrera Arias (26 noviembre, 2018) https://www.revista-portalesmedicos.com/revista-medica/el-paciente-ostomizado/

## Capítulo 97

# EL CONOCIMIENTO DE LA CONTENCION MECANICA

VERONICA PRIETO SALAS

## 1 Introducción

La contención mecánica es un procedimiento, con finalidad terapéutica, mediante el cual se limitarán los movimientos de parte del cuerpo del paciente, o en su totalidad. Por lo tanto se debería acudir a él como medida de última elección.
Este método terapéutico se encuentra indicado en escenarios de agitación psicomotriz, situaciones en las que el paciente pueda ocasionar daño o lesiones, tanto a sí mismo como a terceras personas; y del mismo modo, podrá indicarse para que pueda llevarse a cabo, de forma óptima, el tratamiento pautado durante su estancia hospitalaria y evitar la retirada de dispositivos necesarios para el tratamiento, como por ejemplo una sonda vesical. (1,2)
Podemos referirnos a este procedimiento tanto como sujeciones mecánicas, contenciones mecánicas como restricciones físicas.
Se define Sujeción Mecánica como cualquier procedimiento o método que mediante un dispositivo material, equipo mecánico o físico, unido, adyacente o atado al cuerpo del paciente, que este no sea capaz de mover o retirar. Como definición de Contención Mecánica nos encontramos: procedimiento físico o mecánico dirigido a contener, sujetar o limitar el movimiento parcial o total del cuerpo, y que no puede ser manipulada o retirado por el paciente para mantener su seguridad y eficacia.

## 2 Objetivos

- Describir el personal necesario para llevar a cabo la sujeción mecánica de forma correcta.
- Enumerar las posibles indicaciones y contraindicaciones.

## 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

- ASPECTOS LEGALES

La restricción física que se somete al paciente con la aplicación de las contenciones mecánicas debe estar indicado por prescripción médica.
La enfermera responsable del paciente y con ausencia del médico en ese momento, puede tomar la decisión de la sujeción mecánica, con justificación del motivo, y una confirmación y prescripción médica a la mayor brevedad.
Deberá de informarse al familiar de la sujeción y el motivo por el que se realiza, de esto deberá informar el facultativo
Prevenir conductas del paciente, que puedan dañar a familiares, personal sanitario u otros pacientes, caídas o conductas autolesivas incluso. o Evitar interferencias en el tratamiento del paciente

CONTRAINDICACIONES (1, 4, 6) o No existencia de indicación. o Si existe adaje alternativo. o Orden expresa de no restricción física. o Castigo. o Comodidad o conveniencia del personal sanitario. o Si no hay personal suficiente para llevarlo a cabo. o Si la situación es peligrosa. o Si existe violencia con intencionalidad deliberativa.
Existen contraindicaciones como puede ser la existencia de lesiones en el lugar de la colocación de la contención.como fracturas, luxación o incluso en el caso de problemas respiratorios
Para la colocación de las sujeciones son necesarias 4 personas:

Uno se colocará a la cabeza y será el que dirige. El resto, uno en cada extremidad. En el momento de llevarlo a cabo, se explicará al paciente lo que vamos a realizar de forma clara y concisa, con un tono de voz tranquilizador, pero firme.
Debemos intentar que entienda que es por su seguridad y su pronta recuperación no debemos hacer que parezca una forma de castigo como a los niños sino que beneficiario por poder proporcionarle los cuidados precisos y necesarios.

## 5 Discusión-Conclusión

La sujeción mecánica es indicada, en muchos de los casos, para evitar que el paciente se haga daño a sí mismo, por posibles caídas o por que este se "arranque" dispositivos necesarios para sus cuidados. Es necesario conocer las contraindicaciones de la técnica para no producir más daño al paciente.
Es muy importante realizar una valoración exhaustiva del paciente y tener en cuenta todas las opciones posibles en el tratamiento antes de llegar a colocar las correas de sujeción. Al igual que la valoración del paciente es importante antes llevar a cabo esta técnica, lo es la valoración durante el tiempo que se mantenga.

## 6 Bibliografía

1. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/.
2. https://medlineplus.gov/spanish/.
3. https://www.scielo.org/es/.

## Capítulo 98

# LA ENFERMERA EN LA UNIDAD DE QUIRÓFANO

VERONICA PRIETO SALAS

## 1 Introducción

La enfermera dentro del bloque quirúrgico son multiples las funciones a realizar; podemos encontrar a la enfermera circulante, que se encarga del paciente antes( comprobación de antecedentes personales, cirugías previas, alergias medicamentosas, administración o no de profilaxis antibiótica), durante (cuidados , técnicas enfermeras y registro de constantes vitales) y después de la intervención quirúrgica para su preparación inicial, el mantenimiento de la anestesia bajo las órdenes del médico anestesista y la salida del quirófano con los cuidados adecuados que requiere el paciente; y por otro lado, está la en- fermera instrumentista, con el cometido de ayudar a ayudar a los cirujanos e instrumentar dentro de la intervención propiamente dicha.
El paciente se trata de un ser bio-psico-social, por lo que habrá que tratarle como tal, no sólo en la preparación física para realizar la intervención ( conocimiento sobre alergias, antecedentes personales, intervenciones anteriores, cultura…), si no que también habrá que aportar, entre otras cosas, confidencialidad de los datos e intimidad, dado que el paciente se encuentra en un entorno poco común para él y es por esto que se hace necesario tranquilizarle y mostrar confianza por parte de todos los componentes del bloque quirurgico celadores, tecnicos auxiliares de enfermeria, cirujano, enfermera, tecnico de rayos x.

## 2 Objetivos

Conocer las principales acciones de la enfermera dentro del bloque Quierurgico antes durante y despues de la cirugia del paciente

## 3 Metodología

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

## 4 Resultados

Dentro del bloque quirúrgico, la enfermera se hace responsable del paciente desde que entra a la zona de antequirófano hasta que se marcha a la URPA , si no se ha tratado de anestesia local.
Como se ha comentado , el paciente al tratarse de un ser biopsicosocial es necesario no solo abarcar en cuidados físicos sobre él ( posibles alergias, desequilibrio de líquidos, temperatura corporal, riesgo de broncoaspiración durante la extubación…) si no también hay que tener en cuenta un factor muy importante en su esfera psicosocial: la ansiedad.
La enfermera es la encargada de lo siguiente:
- Aplicar medidas para su bienestar físico y encontrarse a gusto dentro del entorno.
- Actuar de manera tranquila, con movimientos controlados, y cuando se pueda, proporcionar música incluso cierto tono humorístico para hacer amena la situación.
- Continuar a su lado desde el momento de la inducción anestésica hasta el despertar.
- Transmitirle cercanía, calidez y el contacto con su familia después de la intervención.

Otro factor a tener en cuenta en el quirófano es evitar los traumatismos debido a su movilización o durante la intervención quirúrgica. La enfermera tiene que encargarse de:
- Durante la movilización del paciente a la mesa, sea lo más estable posible y procurando que no se altere la integridad de la piel (ya sea por fricción o úlcera

por presión).
- Se colocarán protecciones siempre en las prominencias óseas: escápulas, cráneo, codos, sacro…
- Comprobará que no haya objetos debajo del paciente que estén en contacto con él para evitar esa alteración cutánea.
- La placa quirúrgica deberá colocarse en zona que haya músculo, que no se encuentre húmedo y sin vello corporal.
- La enfermera velará también por la higiene y protección de los ojos mediante pomadas oculares que le mantengan hidratado.

Otro aspecto muy común es el riesgo de infección debido a intervenciones invasivas a nivel urinario (sondaje vesical), canalización de vías periféricas o centrales, respiratorio por intubación del paciente… así pues, entre las actividades a desarrollar por la enfermera encontramos:
- Cuidar la temperatura del quirófano, siempre entre 18 y 21 grados y una humedad de entre 40-60%, y si fuera necesario, tapar al paciente con una manta eléctrica.
- Cuidar que se conserve la esterilidad de la intervención en su totalidad, al igual habrá que comprobar previamente que el material se encuentra estéril antes de usarlo.
- Realizar contaje de gasas, compresas y torundas antes de cerrar la herida quirúrgica.
- El personal deberá estar vestido correctamente con calzas, gorro, mascarilla

## 5 Discusión-Conclusión

Tras la revision bibliogarfica se puede concluir que la enfermera dentro del bloque quirúrgico es muy importante ya que es la que le va a tratar, desde el inicio en el que éste entra mediante una entrevista y trato personalizado, pasando por los cuidados empleados dentro del propio quirurgico inducción anestésica, vigilancia de constantes, registro de éstas, intervenciones realizadas… hasta finalmente el despertar y el seguimiento despues de la intervencion para observar cualquier anomalia

La enfermera es la principal encargada de velar por su seguridad en todo momento, evitando posibles infecciones nosocomiales, traumatismos, úlceras por presión hipotermia o incluso ansiedad.

# 6 Bibliografía

Wikipedia
Mayoclinic.com

## Capítulo 99

# OBESIDAD INFANTIL.

ANA ISABEL PRENDES FERNÁNDEZ

MONICA ARDURA RODRIGUEZ

ESTHER GARCIA ALVAREZ

LETICIA SUÁREZ LEAL

MARÍA GRANDA ÁLVAREZ

## 1 Introducción

Se puede definir obesidad infantil, como el exceso ponderal causado por un incremento de la grasa corporal que afecta al grupo de la población entre 0 a 17 años.
Se diferencian tres periodos:
- Primer periodo: aparece a los 9 meses de edad, cuando el niño se prepara para afrontar el destete.
- Segundo periodo: se produce a los 6 años de edad, es conocido como "rebote adiposo".
- Tercer periodo: aparece durante la adolescencia.

Actualmente, la obesidad infantil es uno de los problemas más preocupantes en todo el mundo .En apenas 10 años las cifra de niños obesos ha aumentado en 10 millones. Según la OMS en el año 2013, 42 millones de lactantes y niños pequeños (0 a 5 años) padecían sobrepeso u obesidad. Las cifras más alarmantes las localizamos en los países en desarrollo. Si se mantienen las tendencias actuales en el

año 2025 se estima que el número de lactantes y niños pequeños con sobrepeso u obesidad aumentará a 70 millones.
Los profesionales sanitarios, tienen un papel muy importante en la prevención primaria de la obesidad infantil ya que están en contacto con la población pediátrica. Las acciones para evitar la obesidad infantil, son:
- Concienciar a padres y niños sobre la gravedad de la obesidad y sus terribles consecuencias.
- Proporcionar recomendaciones sobre una alimentación, sana, variada y equilibrada.
- Fomentar la práctica de actividad física de forma habitual y reducir el tiempo de televisión.

## 2 Objetivos

Profundizar en el conocimiento sobre la obesidad infantil, factores predisponentes y algunas estrategias preventivas, destacando el papel del personal sanitario en su prevención.

## 3 Resultados

La obesidad infantil puede producirse como consecuencia de diversos síndromes y enfermedades endocrinas. Varios factores también pueden predisponer a un mayor riesgo de obesidad:
- Obesidad de los padres.
- Peso elevado al nacimiento.
- Precocidad del rebote adiposo.
- Maduración puberal precoz.
- Trastornos emocionales (ansiedad, estrés).
- Alimentación inadecuada y malos hábitos alimentarios.
- Sedentarismo.

Todos estos factores conllevan un riesgo importante de enfermedades en edad adulta:
- Morbilidad a corto plazo por alteraciones metabólicas.
- Enfermedades respiratorias, gastrointestinales, ortopédicas y psicológicas.
- Morbilidad a largo plazo.

Todo esto propicia la adopción de diferentes estrategias para invertir esta tendencia. Estas estrategias están encaminadas a la prevención de la obesidad infantil

para detener su avance y atenuar sus consecuencias. Las actividades preventivas se clasifican en tres niveles:
- Prevención primaria: medidas para evitar la aparición de la enfermedad.
- Prevención secundaria: medidas para el diagnóstico precoz de la enfermedad.
- Prevención terciaria: medidas terapéuticas que atenúen o eviten la progresión de la enfermedad diagnosticada.

El diagnostico de obesidad en niños se puede realizar por métodos indirectos, se recurre a las gráficas de percentiles del IMC en función de edad u sexo, aceptándose el diagnóstico de obesidad en un percentil del 95 y de sobrepeso en un percentil de 85 .La OMS recomienda combinar el uso de estas gráficas con otro método indirecto, como la medición de los pliegues cutáneos o la circunferencia de la cintura para confirmar así el diagnostico de obesidad.
El rápido incremento de la prevalencia de la obesidad ha propiciado la adopción de medidas para invertir esta tendencia.
En la 65ª Asamblea Mundial de la Salud de 2012, los países acordaron actuar para detener cualquier aumento de la proporción de niños con sobrepeso.
En nuestro país se han elaborado varias estrategias con el fin de luchar contra la obesidad infantil. En el año 2005, el Ministerio de sanidad y Consumo junto con la Agencia Española de Seguridad Alimentaria y Nutrición (AESAN), elaboraron una estrategia (NAOS), con el fin de fomentar una alimentación saludable y promover la actividad física.
Durante el curso escolar 2007/08 con la colaboración del Ministerio de Educación y Ciencia, se puso en marcha el Programa PERSEO2 (Programa piloto escolar de referencia para la salud y el ejercicio contra la obesidad), con el objetivo de enseñar a los escolares las características de una alimentación saludable y a la práctica e deporte y actividad física.
La eficacia de estas estrategias fue evaluada a través de un estudio en el cual se comparaba la adhesión a una dieta saludable entre dos grupos de niños, uno antes de ejecutar el programa y otro después, demostrándose que la aplicación de dicho programa había sido una herramienta útil para promocionar buenos hábitos alimentarios y así prevenir la obesidad.

## 4 Discusión-Conclusión

Extraemos las siguientes conclusiones:
- La obesidad infantil afecta al grupo de población de 0 a 17 años y constituye uno de los problemas más preocupantes por su crecimiento a nivel mundial.

- La prevención de la obesidad infantil se debe realizar desde los tres niveles básicos de prevención, para así disminuir su prevalencia.
- El papel de los profesionales sanitarios es fundamental en los tres niveles de prevención de la obesidad infantil , ya que con frecuencia están en contacto directo con este colectivo y pueden proporcionarles una educación sobre hábitos alimentarios y estilos de vida saludables. Pueden detectar y realizar un seguimiento de esta enfermedad.

## 5 Bibliografía

1. Julio V, Vacarezza M, Álvarez C, Sosa A. Niveles de atención y prevención primaria de la salud. Rev Arch Med Interna (internet) 2011. Disponible en: http://www.scielo.edu.uy/pdf/ami/v33n1/v33n1a03.pdf.
2. Cañete R, Gil M, Moya M. Capitulo 17: Diagnostico, prevención y tratamiento de la obesidad infantil. En Gil A. Tratado de Nutrición. Tomo IV: Nutrición Clínica 2ª ed. Madrid:Panamericana;2010.p.387-418.
3. Ministerio de Sanidad y Consumo, Agencia Española de Seguridad Alimentaria y Nutrición . Estrategia para la Nutrición, actividad física y prevención de la obesidad (Estrategia NAOS). Disponible en: http://www.aecosan.mssi.gob.es/AECOSAN/docs/documentos/nutricionestrategianaos.pdf.
4. Moral JE ,Redondo F.La obesidad. Tipos y clasificación. Rev Educación Física (Internet)2008. Consultado 29 /01/206.Disponible en: http://www.ef-deportes.com/efd122/la-obesidad-tipos-y-clasificación.htm.

## Capítulo 100

# EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN LA HIGIENE Y ASEO DEL PACIENTE: HIGIENE GENERAL DEL PACIENTE ENCAMADO

MARIA DE LAS MERCEDES MARTÍNEZ SÁNCHEZ

MARÍA DEL PILAR ROMERO GONZALEZ

ALBA ARNÉS MUELA

## 1 Introducción

Entre los hábitos y estilos de vida saludables figura la higiene adecuada de las personas.
La higiene es una parte de la medicina que estudia los aspectos personales y ambientales que afectan a la salud de las personas enfermas.
La higiene, en su concepto más amplio, hace referencia tanto al aseo de las personas como a la limpieza de sus hogares, incluso al conjunto de prácticas saludables que llevan a cabo las personas.
Podemos definir la higiene corporal como al conjunto de prácticas destinadas a mantener una correcta limpieza del cuerpo, sobre todo de la piel.
Por todo ello, la higiene de los pacientes enfermos, sobre todo de los hospitalizados, recae en el técnico en cuidados auxiliares de enfermería, lo que exige una

serie de atenciones a las necesidades de los pacientes en cuanto a la higiene de la piel y sus anexos como el pelo y las uñas.
La higiene permite una mejor defensa de la piel contra enfermedades, aumentando la seguridad del enfermo. El técnico en cuidados de enfermería es el responsable de la higiene de enfermo, su función consiste en dejar al paciente en las mejores condiciones y así aumentar su seguridad y autoestima.
La higiene, en las personas enfermas, debe de realizarse de manera más minuciosa que en las personas sanas, ya que dicha higiene se realiza con el objetivo de que la piel cumpla todas sus funciones.

## 2 Objetivos

Objetivo principal:
- Conocer los objetivos y fines del técnico en cuidados auxiliares de enfermería en la higiene en las personas enfermas.

Objetivos secundarios:
- Conocer las normas de actuación del técnico en cuidados auxiliares de enfermería en la higiene de paciente.
- Exponer las diferentes técnicas del técnico en cuidados de enfermería, de higiene y aseo del paciente.

## 3 Metodología

Este capítulo está realizado a través de una búsqueda minuciosa en internet. Una revisión bibliográfica del libro de auxiliar de enfermería, sétima edición de Mc Graw Hill, así como libro MAD. Libro MAD. “Editorial MAD”. Auxiliar de enfermería. Temario volumen 1. Edición 2017. Los descriptores utilizados fueron el técnico en cuidados de enfermería, aseo e higiene, paciente enfermo.

## 4 Resultados

El técnico en cuidados auxiliares en enfermería es clave en la relación de ayuda-paciente, una de sus funciones es la de realizar la higiene-aseo al paciente, por ello también se debe destacar la discreción y delicadeza por parte del técnico en cuidados de enfermería cuando realice la higiene-aseo al paciente.

La piel sucia de Oriana o heces corre el riesgo de macerarse e infectarse, por lo que él es de vital importancia los cuidados de limpieza, la necesidad de realizar el aseo al paciente.

Objetivos del técnico en cuidados auxiliares de enfermería en la realización de la higiene-aseo al paciente:

- Conservar la integridad de la piel para que esta pueda realizar sus funciones de forma adecuada.
- Estimular la circulación sanguínea.
- Observar cualquier signo que puede ser orientativo de un problema de salud y comunicarlo al equipo de enfermería.
- Evitar la acumulación de secreciones y la aparición de infecciones.
- Eliminar las células descamadas y la suciedad y con esto evitaremos el mal olor.
- En casos de hipertermia disminuir la temperatura corporal del paciente.
- Refrescar al paciente para que sienta la sensación de confort y bienestar y así aumentar su autoestima.

Normas generales de actuación del técnico en cuidados auxiliares de enfermería a la hora de la higiene al paciente.

El técnico en cuidados auxiliares de enfermería, para cualquiera de los procedimientos de higiene que lleve a cabo, debe tener en cuenta las siguientes normas:

- La temperatura ambiente durante la higiene debe ser de 22 a 24 ℃.
- La temperatura del agua del aseo debe mantenerse entre 37 y 40 °C.
- Siempre hay que evitar las corrientes de aire.
- Preparar todo el material necesario antes de comenzar la técnica del aseo.
- Respetar la intimidad del paciente y aislarlo con un biombo o cortinas.
- Utilizar jabones neutros.
- Avisar al barbero, en caso de varones, si fuera necesario.
- Evitar totalmente el desnudo integral del paciente, deberemos de ir cubriéndolo con una toalla o manta de baño las zonas que no aseemos en ese momento.
- No mojar la cama, colocar una toalla o manta de baño debajo del paciente y escurrir bien la esponja.
- Proteger la seguridad y la movilización del paciente encamado realizando el aseo entre dos personas.
- Tener especial cuidado con las vías y sistemas terapéuticos del paciente para evitar las desconexiones y reflujos.
- Siempre realizar el aseo siguiendo un orden sucesivo; enjabonado, enjuagado, aclarado y secado de cada parte del cuerpo.
- En la relación de ayuda-paciente estimularemos la colaboración del mismo para favorecer su autonomía e independencia.

- Dar un masaje preventivo en las zonas que más estén sometidas a presión y así favorecer la circulación.
- El aseo se realizará, al menos una vez al día, y tantas veces como sea necesario. Generalmente por la mañana junto con el cambio de sábanas.

Aseo completo del paciente encamado por el técnico en cuidados auxiliares de enfermería.

Se realizará en aquellos pacientes que deban permanecer en cama, que conserven movilidad o no.

Lo más correcto es realizarlo entre dos personas y así aumentar la seguridad del paciente y disminuir el tiempo empleado.

Se debe realizar siempre que sea necesario, mínimo una vez al día y coincidiendo con el cambio de sábanas.

Material necesario:

- Jabón líquido y esponja.
- Dos palanganas con agua caliente (37-40 °C).
- Equipo de higiene bucal.
- Peine, cepillo, tijeras, punta roma, cuña, loción hidratante y algodón para los oídos.
- Dos tollas.
- Material de protección: manta de baño, hule, entremetida.
- Alcohol y pinzas Kocher.

Procedimiento:

- El técnico en cuidados auxiliares de enfermería debe preparar el equipo y lavarse las manos.
- Explicar al paciente el procedimiento que vamos a realizar, y se pedirá su colaboración, si no existe contraindicación en todo lo que pueda.
- Retiraremos la sabana de la cama y debemos de tapar al enfermo con la manta de baño, dejando solo al descubierto la zona que estamos lavando en ese momento.
- El aseo lo realizaremos por partes, enjabonado, enjuagado, aclarado y secado.
- Siempre protegeremos bien la cama.
- Colocaremos al paciente en decúbito supino.
- Seguiremos el siguiente orden:

1. Ojos, cara, cuello y orejas: se moja una torunda con suero para limpiar los parpados, una para cada ojo (desde la zona interna a la zona externa). Después el pabellón auricular, posteriormente el pabellón de la boca y finalmente las aletas de la nariz. Se finaliza con la cara y cuello.
2. Hombros, brazos y manos: se lava de arriba hacia abajo, meter las manos en la palangana para facilitar su limpieza y el cortado de uñas, después lavaremos las

axilas.
3. Tórax y mamas: en las mujeres lavar y secar bien el pliegue sub mamario.
4. Abdomen.
5. Extremidades inferiores: los pies los metemos en remojo al igual que las manos.
6. Espalda y nalgas: colocaremos al paciente en decúbito lateral con una toalla extendida a lo largo de la cama. Lavamos de arriba hacia abajo.
7. Genitales externos: colocaremos la cuña debajo del periné con las piernas separas y flexionadas. Siempre lavaremos en dirección de adelante hacia atrás, es decir, de la zona de los genitales a la zona de la región anal y terminaremos en el ano.

## 5 Discusión-Conclusión

El aseo completo en pacientes encamados se realizará en aquellos pacientes que deban permanecer en cama, que conserven movilidad o no.
Lo más correcto es realizarlo entre dos personas y así aumentar la seguridad del paciente y disminuir el tiempo empleado.
Se debe realizar siempre que sea necesario, mínimo una vez al día y coincidiendo con el cambio de sábanas.
El técnico en cuidados de enfermería realizará el aseo del enfermo encamado siguiendo el procedimiento general. Lo realizará siempre de arriba hacia abajo, y de dentro hacia afuera.
El técnico en cuidados auxiliares de enfermería debe fomentar la autonomía del paciente y su colaboración siempre que sea posible.
El técnico en cuidados auxiliares en enfermería es clave en la relación ayuda-paciente, y entre otras actitudes debe destacar la discreción y delicadeza a la hora de realizar el aseo para que el paciente se sienta lo más cómo posible.

## 6 Bibliografía

1. Libro MAD. “Editorial MAD”. Auxiliar de enfermería. Temario especifico volumen 1. Edición 2018-2019.
2. Libro auxiliar de enfermería. “Editorial Mc Graw Hill Educación” Séptima edición.
3. https://www.asisted.com/blog/aseo-del-paciente-encamado-protocolo-de-actuacion/

## Capítulo 101

# EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN LOS CUIDADOS DEL PACIENTE CRÓNICO Y TERMINAL.

MARÍA DEL PILAR ROMERO GONZALEZ

ALBA ARNÉS MUELA

MARIA DE LAS MERCEDES MARTÍNEZ SÁNCHEZ

## 1 Introducción

Los Cuidados Paliativos se iniciaron en el Reino Unido entre los años 60 y 70, y se expandieron al resto del mundo. Fue una gran revolución ante los nuevos conceptos de tratamiento para pacientes en situación terminal. Esto dio origen a la filosofía del Médico Italiano Augusto Morri, que dijo: "Si puedes curar, cura. Si no puedes curar, alivia. Si no puedes aliviar, consuela".

Estos cuidados permiten al paciente tener una atención domiciliaria, la cual incrementa la calidad de vida de la persona que está en proceso terminal, dándole la oportunidad de tener una muerte digna, rodeado de sus seres queridos en el ámbito de la comunidad, siempre que el paciente no requiera de una atención especial. Esta atención será supervisada por la Atención Primaria.

Cuando una persona está en situación terminal, la mayoría de las veces está acompañada por sufrimiento y una alta demanda asistencial. Para considerarlo enfermedad Terminal debe tener un pronóstico de vida de 6 meses (3-+). Conlleva

gran impacto emocional para el paciente y su familia. El personal sanitario que atiende a estos pacientes, suele verse afectado por la situación y a menudo resulta doloroso y difícil y genera ansiedad, pero debemos encontrar una actitud serena y equilibrada para aliviar y cubrir las necesidades del paciente y hacer que no se sienta solo en este proceso de su vida. Estas personas conviven con el miedo a la muerte.

La Enfermedad Avanzada suele denominarse así cuando es incurable, pero responde a algún tratamiento específico. Va afectando a la autonomía del paciente y a su calidad de vida. Según va avanzando, la muerte es más inminente.

La organización Mundial de la salud (OMS) define los cuidados paliativos como: "el cuidado activo y total del paciente cuya enfermedad no responde a tratamiento curativo". Debemos enfocarlos como una mejora en la calidad de vida de los pacientes, aliviando su sufrimiento tanto físico, como psíquico y espiritual. La muerte debe considerarse como un proceso normal. No intentan acelerar ni posponer el final de la vida, solo hacerlo más soportable y tranquilo.

Los Cuidados Paliativos para niños incluyen dar soporte a la familia, al igual que para los adultos, lo más importante es aliviar el sufrimiento en todos los aspectos de la vida. También se pueden llevar a cabo en el domicilio del paciente para que esté rodeado en todo momento por la familia.

La bioética, en los cuidados paliativos, son aceptados en todo el mundo. Existen cuatro principios:

- Justicia: toda persona debe ser tratada con la misma dignidad, consideración y respeto.
- Beneficencia: exigencia ética de los profesionales para hacer todo lo que esté en sus manos por el paciente, tanto conocimientos como servicio.
- Autonomía: el paciente tiene autonomía para decidir. Hay que contar con su opinión.
- No maleficencia: no hacer mal a otra persona. Hay que respetar la vida por encima de todo.

Los conceptos de eutanasia, distanasia y ortotanasia:

- Eutanasia: toda acción que provoque deliberadamente la muerte para acabar con el sufrimiento de la persona.
- Distanasia: cacotanasia, encarnizamiento, obstinación o ensañamiento terapéutico que pretende prolongar la vida y por tanto retrasar la muerte, aunque se sepa de antemano que el paciente no tiene curación.
- Ortotanasia: muerte correcta. Se refiere a la muerte que ocurre en su tiempo cierto, cuando debe ocurrir. En ella están basados los cuidados paliativos.

Las personas en situación terminal tienen unos derechos fundamentales como

Atención médica, alivio del dolor, derecho a la dignidad, a la información, autodeterminación y derecho a rechazar un tratamiento.

## 2 Objetivos

Objetivo principal:
- Conocer las responsabilidades y funciones del TCAE con los cuidados paliativos.

Objetivos secundarios:
- Identificar los procedimientos a seguir con cada paciente, dependiendo de su situación y de su tipo de dolor.
- Hacer cumplir las medidas terapéuticas concretas dadas por el personal enfermero y el facultativo.
- Conocer la sedación en los cuidados paliativos.

## 3 Metodología

Para la realización de este capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente en las bases de datos de Pubmed, Google académico, protocolos y guías de prácticas clínicas. Se ha realizado una 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. Estrategia de búsqueda: Cuidados paliativos AND y Cuidados Paliativos al final de la vida AND muerte. Se aplicaron como términos de búsqueda Descriptores en Ciencias de la Salud (DeCS). Palabras clave utilizadas: TCAE, Paciente, Crónico, Terminal, Cuidados Paliativos, Cuidados Postmortem.

## 4 Resultados

El TCAE tiene la responsabilidad de intentar mejorar las condiciones de la persona y cubrir todas sus necesidades en esta etapa final de la vida. Lo más importante es hacerle sentir que no está solo. La familia suele necesitar también acompañamiento . No basta con la correcta administración de medicamentos, hay que dar una buena calidad asistencial. Cuidados Intensivos de Confort:
- Higiene e imagen: mantener la piel limpia e hidratada usando jabón PH neutro y cremas hidratantes. Limpieza extrema en ojos, boca y pies. Cuidar del estado

de la cama, si está encamado procurar que la ropa de cama no tenga pliegues para no favorecer las úlceras por presión. Estimularle para que mantenga buen aspecto físico, en vestuario, peinado, etc.
- Alimentación: adaptarla a los gustos del paciente, mantener un buen aporte de líquidos, no forzar la ingestión. Las dietas blandas son las mejor aceptadas por el paciente.
- Eliminación: favorecer la intimidad, colaborar con el DUE en la eliminación de Fecalomas (acumulación de heces en el recto o en el colon, taponando el flujo normal del tracto intestinal), mantener al paciente seco y controlar apuntando tanto las eliminaciones como el tiempo que lleva sin tenerlas.
- Actividad física: estimular la movilización fuera de la cama en la medida de lo posible y los deseos del paciente.
- Descanso y sueño: favorecer el descanso durante la noche y la Actividad durante del día. Usar técnicas de relajación o actividades que favorezcan el descanso. Cuidar de que no hayan ruidos y que sea agradable tanto en temperatura, como en ventilación, etc.
- Dolor: aplicar tratamiento farmacológico prescrito por el facultativo y atender a los posibles efectos secundarios. Estimular mediante masajes, aplicar frío o calor y estimular la relajación. Tener en cuenta las necesidades ambientales como procurar afecto, usando un lenguaje afectivo, distraer y dar compañía al enfermo.

En función de la evolución, existen dos tipos de dolor: agudo y crónico.
El dolor agudo es breve, intenso aparece de forma repentina y limita las actividades de las personas. Está asociado a una lesión o intervención médica y va desapareciendo a medida que la herida mejora.
El dolor crónico se repite durante meses o años, tiene una duración de más de tres meses. Puede perturbar la vida de la persona e interrumpe las actividades diarias, provocando otras patologías psicológicas.
Desde el punto de vista fisiopatológico existen el dolor nociceptivo y neuropático.
- Dolor nociceptivo: puede ser somático: (a nivel de los receptores periféricos cutáneos y musculoesqueléticos) ó visceral (por compresión o distensión de vísceras).
- Dolor neuropático: por daño en el sistema nervioso central ó periférico.

Los Cuidados Psicológicos:
La Ansiedad: es un síntoma frecuente en el Paciente Terminal. Es una respuesta del organismo ante una amenaza y nos prepara para adaptarnos o huir. Si se prolonga en el tiempo deja de ser adaptativa para convertirse en un problema que hay que atajar. Las causas que la pueden provocar son miedo al dolor a la muerte y a la agonía, problemas derivados de la propia enfermedad o de las complica-

ciones médicas, problemas de efectos secundarios, etc. El tratamiento pasaría por técnicas de relajación y tratamiento farmacológico.
La depresión: como síntoma se presenta con un cuadro de tristeza, anhedonia e inhibición que aparece como respuesta adaptativa ante una pérdida. No es una enfermedad, salvo que sea muy intensa y prolongada en el tiempo.
El insomnio: el cual será tratado con Farmacología.
Delirium: estado confusional agudo que resulta de una disfunción cerebral difusa.
Crisis de agitación: agitación severa del paciente terminal. Estado confusional. Tratamiento farmacológico: haloperidol y midazolam.

La Sedación en cuidados paliativos:
Es la administración de fármacos para disminuir el nivel de consciencia del paciente con el objetivo de controlar síntomas refractarios (aquellos que no responden a un tratamiento paliativo). Hay dos tipos de sedación:
- Sedación paliativa: administración de medicamentos en las dosis y combinaciones requeridas para reducir la consciencia del paciente terminal, con el consentimiento explícito, implícito o delegado.
- Sedación terminal: este tipo de sedación se utiliza en la agonía, siendo tan profunda como sea necesaria para aliviar todo tipo de sufrimiento. La muerte del paciente se prevé muy próxima, suele durar en torno a los 2-3 días. El fármaco más utilizado es él: Midazolam (Dormicum).

## 5 Discusión-Conclusión

La Muerte es un tema tabú, pero necesario, ya que forma parte de la vida y es un proceso por el cual todo ser vivo, ha de pasar. Es un hecho inevitable. Se deben tener en cuenta los aspectos subjetivos relacionados con la edad del paciente.
El TCAE junto con el Equipo de Enfermería y el Facultativo ha de trabajar para que el paciente terminal sea capaz de afrontar lo más serenamente posible la última etapa de su vida, sin que resulte un trámite traumático. El bienestar del paciente durante este proceso es lo primordial. No debemos olvidar a las familias, ya que son un pilar fundamental para el paciente y su principal apoyo emocional. Por parte del personal sanitario hay que intentar reducir sus temores y ayudarles en la toma de decisiones, acompañarles en la agonía y en el duelo, mostrándoles los recursos existentes.
El lenguaje no verbal en estos casos es muy importante y no debe ser olvidado. El Técnico debe ser lo más cercano posible, mostrar empatía y ha de ser compasivo. Debe respetar los Juicios, confidencias y creencias religiosas del paciente y

familiares.
Tenemos que tener control sobre la propia implicación emocional, manteniendo una cierta distancia, creando defensas. La sobre implicación sin defensas y con aumento de demandas puede llegar a producir el temido Síndrome de Burnout, que nos puede llevar a situaciones no deseadas de ira contra el paciente o contra la familia, o culparnos por abandonar en parte la situación que nos aflige.

## 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 2021. ISBN: 978-84-142-0050-6.
2. Búsqueda en Google Académico, TCAE en cuidados paliativos aplicados en el Enfermo Crónico o Terminal.
3. https://www.secpal.com/biblioteca
guía-cuidados-paliativos-1.
4. https://enfermeríaactual.com.
5. https://revistasanitariadeinvestigación.com.
6. https://www.salusplay.com.
7. García Marcos f. Ética en el tratamiento de pacientes con cáncer. Cuadernos de Bioética 1998.

## Capítulo 102

# EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA Y LOS SISTEMAS DE DRENAJES

ALBA ARNÉS MUELA

MARIA DE LAS MERCEDES MARTÍNEZ SÁNCHEZ

MARÍA DEL PILAR ROMERO GONZALEZ

## 1 Introducción

Se puede definir un sistema de drenaje como la técnica terapéutica que favorece la salida de líquidos y gases orgánicos (naturales o patológicos) desde el interior del cuerpo al exterior, esto facilitará que no se formen los llamados seromas, que son acumulaciones de grasa líquida, suero y linfa en el proceso de cicatrización, además de acúmulos de sangre u otras sustancias nocivas como pus.

El encargado de valorar el sí se precisará de un sistema de drenaje y de posteriormente elegir y poner adecuadamente, este será el médico facultativo y lo hará dependiendo de cuál sea el tamaño y localización de la herida, así como de la cantidad de líquido que se prevé drenar.

La encargada de los posteriores cuidados a este drenaje será la enfermera, así como de la labor de vigilancia del mismo, el técnico en cuidados auxiliares de enfermería también contribuirá en esta labor de vigilancia, examinando el color, volumen, olor, entre otras características del drenaje, teniendo que avisar al fac-

ultativo a la enfermera en caso de considerarlo necesario y nunca manipulando el mismo el drenaje en sí.

Aunque la idea de drenaje terapéutico se remonta a la Edad Antigua de la mano de Hipócrates, estos han avanzado y evolucionado mucho a lo largo de la historia de la medicina, a continuación, serán expuestos los principales sistemas actuales de drenaje.

## 2 Objetivos

Objetivo principal:
- Enumerar las indicaciones y objetivos de un drenaje.

Objetivo secundarios:
- Exponer los tipos de clasificación de drenajes en función de distintos parámetros.
- Explicar los cuidados por parte del personal de enfermería al paciente con un sistema de drenaje.

## 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.

## 4 Resultados

Objetivos e indicaciones de los drenajes.
Objetivos:
- Eliminar la acumulación de líquidos, gases o sustancias nocivas.
- Prevenir la formación de seromas.
- Disminuir el dolor y estrés postoperatorio.
- Minimizar cicatrices.
- Evitar complicaciones postoperatorias.
- Aumentar la eficacia de la técnica quirúrgica.

Indicaciones:

- Abscesos: drenar las sustancias evitando el cierre en falso para que se cierre por segunda intención.
- Lesiones traumáticas: en estas lesiones se extravasa gran cantidad de líquidos.
- Vaciamiento de una cavidad: como ejemplo, el vaciamiento de la vejiga como profilaxis o medida terapéutica.
- Tras cirugía radical: en grandes resecciones se pierde mucho líquido linfático y sanguíneo, el drenaje no deja que se acumule.

Clasificación de los sistemas de drenajes:
Existen dos grandes criterios con los que pueden ser clasificados los drenajes:
Tipos de drenajes según su sistema de recolección: el sistema colector es aquel encargado de reunir todos los acúmulos expulsados gracias al sistema de drenaje, según este criterio existen dos tipos de drenaje:
- Drenajes cerrados: son aquellos en los que sus sustancias drenadas van a parar a un recipiente estéril, por lo cual, su manipulación debe ser lo más aséptica posible.
- Drenajes abiertos: son aquellos en los que sus sustancias drenadas van a parar al propio apósito de una herida contaminada que necesita ser purgada, por lo cual no se trata de un drenaje estéril.

Tipos de drenajes según su dispositivo de drenaje:
- Drenajes activos: son drenajes que emplean sistemas de vacío para ayudar a la expulsión de sustancias, el más ampliamente usado y conocido en el ámbito sanitario es el "Redon" que gracias a sus múltiples orificios en el extremo distal y a la presión negativa, las sustancias van a parar a un colector estéril en el extremo proximal.
- Drenajes pasivos: son drenajes que funcionan mediante el propio contacto o capilaridad con la misma herida que se desea drenar de líquidos. Los más empleados son los de "Kehr" (un tubo con varios orificios que forman una "T" para las intervenciones hepáticas y biliares), los de "Penrose" (un tubo con una sola luz en forma de "I" con múltiples usos en el ámbito sanitario) y los de "Tejadillo" (láminas estriadas de plástico que previenen los acodamientos). Drenajes Heineke-Mickulicz: Se trata de un tipo especial de drenaje que combina gracias a la capilaridad con la propia herida el drenaje de sólidos (mediante tubos anexados) y de líquidos (mediante gasas en contacto con la herida).

Cuidados de los sistemas de drenajes:
Una vez el facultativo elige y coloca en primer lugar el sistema de drenaje, es el personal de enfermería quien deberá velar del buen estado del drenaje, esto

significa que deberá mantener su permeabilidad para que siga cumpliendo su función, para ello hay una serie de atenciones sanitarias que seguir:

- La enfermera deberá realizar una cura diaria del punto de inserción del drenaje, el TCAE deberá colaborar con ésta en todo aquello que se le indique para que la técnica se haga en las máximas condiciones de asepsia.
- El TCAE deberá avisar a la enfermera si encuentra manchado el apósito del drenaje o encuentra fugas en este para que sea sustituido en lo antes posible.
- El TCAE deberá vigilar y cuidar de la integridad de la piel que se encuentra al rededor del drenaje, tomando las medidas sanitarias y avisando en el caso de que se encuentre enrojecida, aparezcan úlceras o haya síntomas de infección.
- Se deberán anotar las cantidades, aspecto y olor de las sustancias drenadas al principio de cada turno, aunque esta cantidad puede espaciarse a medida que pasa el tiempo y la cantidad de la sustancia drenada sea menor.
- Si se aprecian problemas de forma abrupta, como la aparición súbita de mucho drenaje o la parada repentina de estos se deberá buscar la posible causa (como la obstrucción del sistema) o avisar al médico inmediatamente si no se encuentra.
- Cada vez que se retira el soporte de medida de un drenaje que funciona por vacío hay que pinzar el tubo, también si funciona por aspiración habrá que desconectarlos de esta.
- Se debe asegurar que el drenaje permanece por debajo del nivel del paciente para evitar reflujos y que la gravedad actué.
- Se debe evitar manipular o tocar por error los drenajes, ya que pueden ser doloroso para el paciente, para evitar posibles infecciones y para que en última instancia el drenaje pueda ser retirado lo antes posible y así evitar complicaciones derivadas de su uso.

## 5 Discusión-Conclusión

Aunque dentro del equipo de salud de un hospital los encargados de manipular directamente cualquier tipo de sistema de drenaje y tomar decisiones con respecto a estos y al propio estado de salud del paciente son el facultativo y el enfermero, quién pasará una mayor cantidad de tiempo con el paciente (en el caso del paciente hospitalizado) será el Técnico en cuidados auxiliares de enfermería, bien sea haciendo la higiene del paciente, asistiéndole con sus posibles peticiones, etc. Por lo que es de vital importancia que este último reconozca los diversos tipos de drenaje existentes y cuáles son sus principales funciones, para poder así colaborar con el resto del equipo de salud y avisar en caso de que el drenaje no se encuentre en buen estado.

# 6 Bibliografía

1. 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].
2. Editorial MAD (Editorial). 2017.Auxiliar de Enfermería. Temario específico. Volumen 1. SESCAM [Libro,978-84-142-0492-4].

## Capítulo 103

# PASOS A SEGUIR EN LA COLOCACIÓN DE LA BATA ESTÉRIL POR EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA

NATIVIDAD GEMA PÉREZ FDEZ DE QUERO

JENNIFER EMILIANA DELGADO FLORES

CARMEN VAZQUEZ JIMENEZ

NICOLAS GARCIA QUILES

GEMA HUERTAS MONREAL

## 1 Introducción

Las personas ajenas a la Unidad de quirófano no deben entrar en la área considerada restringida o limpia si no van con ropa de quirófano adecuada, que deberá incluir esta dotación del pijama quirúrgico, calzas, gorro y mascarilla. Es norma básica que al abandonar la área considerada restringida o limpia, el personal siempre, debe cambiarse la ropa que se utilizó dentro de la unidad o cubrirse con la bata y cambiarse el calzado o en su defecto protegerlo con una calza.
Las características principales y del todo obligatoria y necesaria de las que debe estar dotada la ropa de quirófano es ser impermeables a la humedad. Los uniformes quirúrgicos reutilizables deben ser de algodón. Como opción hay uniformes desechables fabricados con fibra de celulosa.

La ropa de quirófano debe ser de colores sólidos, relajantes y que absorban la luz y no reflejen la luz emitida por las lámparas que pueda enmascarar el color de la sangre. Los colores más usados son el azul verdoso y el verde aceituna.
El orden de colocación de la ropa de quirófano para técnicas estériles será primeramente las Calzas, el Gorro, la Mascarilla, se continuará con el Lavado quirúrgico de manos para posteriormente proceder a la colocación de la Bata y de los guantes.

## 2 Objetivos

- Describir como son los pasos de colocación de la bata de quirófano estéril.
- Detallar como colocarse la bata uno mismo y como colocarla otro miembro del equipo.

## 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

Las batas deben ser de algodón con tejido o malla fuertes para que dificulte el paso de gérmenes.
Actualmente se suelen emplear materiales desechables e impermeables por ser un filtro muy efectivo para impedir el paso de bacterias.
Los colores de la ropa de quirófano son normalmente sólidos, con tonos relajantes y absorbentes de luz para no reflejar la que emiten las lámparas y no enmascaren el color rojo de la sangre. Así los colores más usados son el verde aceituno y azul verdoso.
La bata que se maneja en quirófano se denomina bata rusa, es bastante amplia, de manga larga y puños elásticos. Debe llegar, al menos, por debajo de las rodillas. Por delante será completamente lisa para evitar engancharse con cualquier material. En su parte posterior lleva una pinza triangular que sirve para cubrir

completamente la espalda cuando es atada, en su parte inferior delantera suele tener guata absorbente que impide que la tela se empape en la intervención y manchar la ropa que lleva puesta el personal. La bata está cerrada en un paquete estéril.

Técnica de colocación de una bata estéril.
1. Cómo ponerse la bata a uno mismo.
- Se toma la bata firmemente y se levanta de la mesa.
- Dejar que se despliegue suavemente sosteniéndola por los hombros y sin sacudirla.
- Disponer las manos dentro de los correspondientes agujeros de las mangas y deslizar cada uno de los brazos a través de ellas, subiéndolos hacia arriba y abriendo los brazos. Las manos nunca deberán salirse por fuera de los puños de la bata.
- La enfermera circulante ayudará tirando de la bata sobre los hombros y atándola con las cintas posteriores y las inferiores de cintura.

2. Cómo poner la bata a otro miembro del equipo.
- Cogeremos la bata de forma que el interior mire hacia nosotros. Sosteniendo la bata por los hombros, se empuñan las manos debajo de los hombros de la bata.
- El cirujano se acerca y va introduciendo sus manos. Se deslizará la bata hasta la mitad de los brazos del cirujano. Este va introduciendo los brazos a la vez que los eleva y separa.
- Se atarán las cintas del cuello y las internas de la cintura de la bata. El cirujano esperará a que se le faciliten los guantes.

## 5 Discusión-Conclusión

Observamos los detalles de este articulo y llegamos a la conclusión de que las batas, deben ser de algodón con tejido o malla resistentes para que dificulte el paso de gérmenes además de ser impermeables a la humedad.
En la actualidad se estas batas son desechables e impermeables y que con ellas disponemos de un filtro muy efectivo para impedir el paso de bacterias.
En cuanto a los colores de las batas lo recomendable es que sean de colores absorbentes de luz, sólidos y relajantes, las tonalidades de colores más usadas son las del azul verdoso y el verde aceituna.
Las batas de quirófano estériles siempre estarán en un paquete cerrado estéril.

# 6 Bibliografía

1. https://www.slideshare.net/CarolinaOchoa2/finalidad-de-ropa-quirurgica.
2. https://www.daypo.com/simulacro-examen-auxiliar-enfermeria-6.html.
3. https://docplayer.es/193819129-Catedra-de-cirugia-general.html.

## Capítulo 104

# DIFERENCIACIÓN DE PERSONAL ESTÉRIL Y NO ESTÉRIL EN EL QUIRÓFANO POR EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA

CARMEN VAZQUEZ JIMENEZ

JENNIFER EMILIANA DELGADO FLORES

NATIVIDAD GEMA PÉREZ FDEZ DE QUERO

NICOLAS GARCIA QUILES

GEMA HUERTAS MONREAL

## 1 Introducción

La definición de un equipo quirúrgico será la de una unidad de profesionales especializados que proporcionan unos cuidados continuos al paciente antes de la operación en el preoperatorio, durante en el intraoperatorio y después en el postoperatorio. Cada persona que trabaja es una parte del total y deberá actuar de forma unánime y simétrica con todo el equipo la unidad quirúrgica, para lograr el objetivo de la operación.

Este profesional deberá ser conocedor de los procedimientos, equipos y normas, así como de los sistemas, y debe estar preparado para cualquier imprevisto que pueda surgir.
Para que la finalidad que es el éxito de la operación, sea posible, la sala de operaciones deberá tener una buena organización.
Este equipo de quirófano se compondrá de los siguientes integrantes, como son el Anestesiólogo, enfermero circulante, enfermero instrumentista, cirujano y Técnico de cuidados de enfermería.
Entre ellos están dividido en Profesional Estéril y serán los que tendrán que realizarse el lavado quirúrgico de manos y se colocan guantes estériles y batas, estos tendrán acceso al acceso al campo estéril y solo podrán tocar y utilizar los materiales y el instrumental quirúrgico estériles exclusivamente.
Respeto al profesional no estéril, estos no tendrán acceso y tampoco contacto con el área estéril, Solo trabajan a su alrededor y siempre con especial cuidado de no contaminar, serán los encargados de mantener la técnica estéril y de proporcionar lo que se necesite el equipo estéril otro de sus cometidos será la atención al paciente.

## 2 Objetivos

- Describir al profesional del quirófano estéril de la sala de intervenciones.
- Ver con detalle la descripción del profesional en quirófano no estéril.

## 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 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 profesionales con atuendo estéril sólo tocan artículos o áreas estériles. El profesional no estéril sólo toca artículos o áreas no estériles.

- El profesional estéril mantiene contacto con el campo estéril por medio de batas y guantes estériles, y todo el material que necesitan para el desarrollo de la operación se lo proporciona la enfermera circulante, la cual no está estéril.
- Ningún miembro no estéril del equipo debe entrar en contacto directo con el campo estéril.

Los profesionales no estériles evitan acercarse al campo estéril. Los profesionales estériles evitan inclinarse sobre un área no estéril.

- La enfermera circulante, o algún otro miembro no estéril, deben evitar acercarse a menos de 30 cm. de cualquier área del campo estéril. Los profesionales no estériles nunca se extienden por encima del campo estéril, sobrepasando los límites de la mesa del instrumental o la de Mayo para dar artículos estériles. Cada vez que entreguen un artículo estéril al campo, deben hacerlo en la esquina más alejada a la enfermera instrumentista, con el fin de no mezclar los artículos nuevos con los ya usados. Nunca deben caminar entre dos áreas estériles, por ejemplo, entre la enfermera instrumentista y la mesa del instrumental, por lo que su obligación es estar continuamente pendientes del campo estéril para no atravesarlo ni contaminarlo.
- Si la enfermera instrumentista tiene que cubrir una mesa o superficie no estéril con ropa estéril, debe desdoblar la ropa empezando por el lado cercano a ella para proteger su bata, y protegiendo siempre sus manos con la ropa estéril. La enfermera instrumentista coloca las cápsulas vacías en un extremo de la mesa estéril. Para llenarlas, la enfermera circulante se sitúa cerca de la mesa y vierte los líquidos con cuidado, procurando no derramar nada ni salpicar sobre las áreas estériles.
- Los profesionales estériles nunca deben sentarse o inclinarse contra una superficie no estéril. Si el equipo quirúrgico se sienta a operar, lo harán siempre protegiendo los taburetes con ropa estéril. Si el profesional estéril abandona el área estéril, tendrá que vestirse estéril al volver.

## 5 Discusión-Conclusión

A través de este artículo, de la descripción del profesional de quirófano estéril y del profesional de quirófano no estéril dentro de la sala de intervenciones, lleg-

amos a la conclusión de que es de vital importancia para el trabajo en equipo en compenetración de todo el profesional de quirófano y de que si estos protocolos no se conocen y se practican inadecuadamente contaminando el campo quirúrgico, podrá incurrir en un serio perjuicio para el paciente y su salud, debido a la alta prevalencia de las enfermedades nosocomiales ya que el quirófano es el primer lugar en las cuales se pueden contraer, dichas infecciones.

## 6 Bibliografía

1. https://docplayer.es/97352500-Universidad-autonoma-del-estado-de-mexico-centro-universitario-uaem-zumpango-licenciatura-en-enfermeria.html.
2. https://www.slideshare.net/DafneHinojos/funciones-del-equipo-quirurgico.

## Capítulo 105

# VÍA ORAL Y SUBLINGUAL EN LA ADMINISTRACIÓN DE LOS MEDICAMENTOS 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

En la gran mayoría de los procesos de enfermedad o patológicos, es sabido que la finalidad es conseguir la curación sea de la naturaleza que sea el proceso de enfermedad, siempre estarán presentes los medicamentos y entre ellos los más habituales y que están al alcance de la población serán los medicamentos administrados, por la vía oral o la vía sublingual, como hemos comentado los medicamentos cualquier persona que lo requiera si son de uso común podrá adquirirlos en la farmacia por sí mismos y si no a través de su médico de familia, siguiendo correctamente las pautas e indicaciones dadas.

Otra situación en la que nos podemos encontrar es en los pacientes hospitalizados en los que los Técnicos en cuidados auxiliares de enfermería cumplimos un papel muy importante además de ser unos de nuestras funciones reconocidas, es crucial e importante saber cumplir muy bien nuestro trabajo eficientemente ya que, aunque la vía oral de administración de medicamentos es la vía más considerada más cómoda, con más seguridad y además económica. No obstante, pueden existir o darse interacciones con otros medicamentos o incluso con alimentos que podrían llegar a la alteración y la eficacia o a la seguridad de los mismos.

## 2 Objetivos

- Describir la administración de medicamentos por vía sublingual.
- Conocer las pautas y las acciones a seguir en la administración de medicamentos por vía oral.

## 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 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

Administración de medicamentos por vía oral:
El medicamento se ingiere por boca, absorbiéndose por la mucosa gastrointestinal. Es una vía cómoda, lenta e irregular. El enfermo debe estar en posición vertical.
Al absorberse por vía digestiva, el medicamento llega al hígado por la vena porta, produciéndose una primera metabolización y descendiendo su biodisponibilidad respecto a las otras vías de absorción. Este hecho se conoce como efecto de primer paso o metabolismo de primer paso.

Para ayudar a su deglución se suele acompañar de un vaso de agua, zumo o triturarse. En ancianos y para estimular el reflejo de deglución, el medicamento se sitúa en la zona más profunda de la lengua o se le indica que mueva la cabeza hacia delante en el momento de tragar. En los niños pequeños es conveniente administrar los medicamentos en forma líquida. En los bebés se puede ayudar a la administración de líquidos orales a través una jeringa desechable levantando la cabeza para evitar el paso del medicamento a los pulmones. Si el enfermo vomita poco después de la administración de un medicamento oral, se tratará de identificar el fármaco. Se avisará al médico y no se repetirá la dosis mientras no se ordene.
Los fármacos efervescentes se deben administrar inmediatamente después de su disolución.
La administración por vía sublingual se utiliza cuando se desea una acción rápida (nitritos en la angina de pecho para provocar vasodilatación coronaria). Se absorbe a través de los vasos sanguíneos de debajo de la lengua (vena lingual, hacia la yugular). Tiene la ventaja de evitar el paso por la vena porta y el primer metabolismo hepático. El enfermo debe mantener el comprimido bajo su lengua hasta su completa disolución.

Precauciones:
- Comprobar la dosis prescrita, vía de administración, efectos secundarios, caducidad y nombre del enfermo.
- Verificar la hora de administración anterior.
- Preguntar en el Servicio de Farmacia Hospitalaria la posibilidad de administración simultánea con comidas y bebidas.
- Comprobar alergias medicamentosas.
- Esperar a que el enfermo haya tomado la medicación antes de abandonar la habitación.
- Administrar la medicación en correctas condiciones (no dar la medicación en caso de caídas al suelo, cápsula rota, etc.).

Acciones:
- Lavado higiénico de manos.
- Colocar al enfermo en posición adecuada (sentado o incorporado).
- Explicar al enfermo la atención a realizar.
- Realizar la suspensión o solución en caso de jarabe de preparación extemporánea.
- Agitar bien el frasco. Utilizar la cuchara que viene en el envase para su dosificación.

- Diluir en los ml. de agua adecuados, en caso de gotas bebibles.
- Comprobar que el enfermo se lo toma.
- Firmar la administración en la hoja de tratamiento.
- Registrar y notificar cualquier anomalía.

- La medicación oral pautada cada 8 horas tiene la siguiente forma de administración: 8h/16h/24horas. Si es cada 6 horas será: 6h/12h/18h/24h. Si es cada 12 horas, será de 8 a 20 horas o de 12 a 24 horas. La pautada en cada comida se administrará en desayuno, comida y cena. La pautada fuera de las comidas se administrará 2 horas antes o después de las mismas.

## 5 Discusión-Conclusión

Llegamos a la conclusión de la importancia de conocer los diversos tipos de vías de administración que existen, para que a la vez de que administre el fármaco de la forma correcta para que haga su función más efectiva y que no haya ningún tipo de efecto adverso ni complicaciones, destacar en nuestra opinión que la vía sublingual es la más rápida en cuanto a tiempo de acción y la de menor riesgo.
Aunque este procedimiento tiene muy pocas complicaciones y pocos efectos secundarios, lo que sí, puede ocurrir es el riesgo de aspiración en el caso de que el enfermo al que se da el medicamento tenga alterado el estado de consciencia o que pueda tener alteraciones gastrointestinales, intolerancias o alergias a algunos de los componentes del fármaco.
Nunca se deberá utilizar la vía oral en enfermos que tengan dificultad para tragar por el riesgo de aspiración.

## 6 Bibliografía

1. https://www.revista-portalesmedicos.com/revista-medica/diversas-vias-de-administracion-de-medicacion/.
2. Barrueco Nélida, Martínez Fernández-Llamazares Cecilia, Durán Esther, Martínez Marín María Teresa, Relaño García Cristina. Administración de medicamentos por vía oral: Interacciones medicamento - alimento. Index Enferm [Internet]. 2008 Mar [citado 2022 Abr 02]; 17(1): 53-57. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962008000100012&lng=es.

## Capítulo 106

# LOS FAMILIARES Y EL PROCESO DEL DUELO: VISIÓN DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA

KATTY MARICELA REYES HEREDIA

JESSICA MATEOS DE ARRIBA GARCIA MIGUEL

SONIA SIERRA COLLAZOS

ESMERALDA LAJARA MERCHANTE

MARGARITA VIGARA NUÑEZ

## 1 Introducción

Los humanos tenemos muy diversas maneras de mostrarnos ante el duelo ya que esta situación, se verá condicionada por diversos elementos como puede ser la cultura las creencias a la que pertenecemos, como puede ser vestirse el ir de luto refiriéndose al color negro de las vestimentas; o a las circunstancias que llevaron a dicha pérdida; o a los años del fallecido; o a sí esa muerte fue muy abrupta y rápida o sucedió en personas enfermas o de una manera imprevista como puede ser en muertes violentas, pero no solo con la muerte nos expresamos con dolor, perdida o duelo, sino que estas situaciones se ven en otros acontecimientos que no tienen o no representan perdida alguna. Cada persona es un ser diferente y

en lo que respecta a la hora de demostrar o de los síntomas que padece, son muy diferentes en cada ser humano.
Cuando dialogamos del duelo, podemos concretarlo como: "La pérdida de un familiar o/y un ser querido con sus secuelas psico-afectivas, sus expresiones exteriores y rituales y el proceso psicológico evolutivo consecutivo a la pérdida" (Borgeois, 1996)
Si referenciamos en tiempo, de la duración del duelo, puede tener su comienzo a las pocos minutos u horas del acontecimiento y por regla general, se tiende a la disminución o desaparición entre los seis meses a un año del fallecimiento o suceso por el que se esté pasando este duelo. Si los síntomas no se atenuaran o pasaran al final de este tiempo, podemos diagnosticarlo como, un duelo patológico.

## 2 Objetivos

Describir desde el papel que cumple el Técnico en cuidados auxiliares de enfermería (TCAE), el apoyo y cuidados que podemos ofrecer a los familiares que están sufriendo la pérdida de un ser querido.

## 3 Metodología

Para la elaboración de este presente trabajo, se ha llevado a cabo una investigación y una revisión bibliográfica de artículos en una búsqueda sistemática en las bases de datos SciELO y Google Academic, www.fundacionmlc.org,
seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

## 4 Resultados

Cuando se está en la situación de la pérdida de un ser querido, se debe recibir mucho apoyo por parte de las personas de nuestro entorno. Como técnicos en cuidados de enfermería, debemos estar muy pendientes de los familiares que pasan por esta situación de duelo y no dejarlos en la medida de lo posible nunca solos, aunque siempre teniendo en prioridad de que en las funciones y desde nuestro papel de apoyo, será necesario realizarlo, sin sobrecargarnos, abrumarnos o implicarnos porque si no, no se podrá seguir prestando la tan necesitada ayuda.

Para acompañar a un familiar que pasa, por el citado síndrome del duelo, el pilar fundamental será el ayudarle y proporcionar sostén y sobre todo tener paciencia, lo que más prioritario será, en esta ayuda y apoyo va a ser nuestra presencia que sepan que estamos, para lo que necesiten y de nuestra cercanía esto les va a ofrecer seguridad, debemos estar formados para cualquier reacción, porque existen una amplia variedad de ellas y no todas son buenas.
Uno de los mayores desahogos fisiológicos por excelencia, son las lágrimas, que puede tener el afectado, ya que estas, contienen una sustancia muy similar a una benzodiacepina que cuando se expulsan ayudaran a calmarse, no debe interrumpirse este proceso del llanto, ya que puede derivar y generar más ansiedad.
Siempre habrá que respetar las reacciones y sobre todo las emociones que se manifiesten de los afectados, no caer en el error, de dar consejos y siempre en lo referente a nosotros mismos mantener, la serenidad por que esta se verá reflejada y le trasmitiremos cierta confianza, tenemos que ser muy consecuentes con lo que hablamos y evitar, de no caer en frases ya dichas como ”no llores” o ”tienes que salir y distraerte”, porque lo único que le estamos haciendo es mandarle el mensaje indirecto de que, no le entendemos y que para el que lo está padeciendo, es un proceso muy doloroso y que le va a costar muchísimo esfuerzo en estos momentos que está viviendo con mucho dolor.
El mejor apoyo y ayuda que les podemos dar, es más, con nuestros gestos y actuaciones que con nuestras palabras.

## 5 Discusión-Conclusión

Como hemos podido observar y llegar a la conclusión, a lo largo de este artículo, y desde el punto de vista del Técnico en cuidados auxiliares de enfermería, que lo más importante cuando nos referimos al sufrimiento del duelo, y del papel que podemos desarrollar en él, va a ser el respeto por ese dolor de la persona que lo está padeciendo y que lo va a manifestar como su cuerpo y su mente le pidan, que no todo ser humano tienen la misma reacción o las mismas manifestaciones a la hora afrontarlo o de superarlo y que el apoyo y la ayuda sobre todo a la hora de que sepan que estas con ellos, les va a aportar unos beneficios que, les serán de muchísimo refuerzo, para recuperar y volver a tener confianza en ellos mismos para poder superar este duelo.

# 6 Bibliografía

1. Freitas Tiago Luan Labres de, Banazeski Ana Claudia, Eisele Adriane, de Souza Elaine Natália, Bitencourt Julia Valéria de Oliveira Vargas, Souza Silvia Silva de. La visión de la Enfermería ante el Proceso de Muerte y Morir de pacientes críticos: una revisión integradora. Enferm. glob. [Internet]. 2016 Ene [citado 2022 Mar 29]; 15(41): 322-334. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412016000100015&lng=es.
2. www. fundacionmlc.org
3. https://www.fundacionmlc.org/consejos-para-el-entorno-del-doliente/

## Capítulo 107

# OXIGENOTERAPIA: EXPOSICIÓN Y CONOCIMIENTOS POR EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA

SONIA SIERRA COLLAZOS

JESSICA MATEOS DE ARRIBA GARCIA MIGUEL

KATTY MARICELA REYES HEREDIA

ESMERALDA LAJARA MERCHANTE

MARGARITA VIGARA NUÑEZ

## 1 Introducción

Para un buen crecimiento y una vida en correctas condiciones ambientales todos los seres vivos, así como para su adecuada evolución y vida, son necesarios elementos que se encuentran en nuestro ambiente, como son el carbono, el hidrógeno, el nitrógeno y el oxígeno.
Concretamente, el oxígeno por excelencia es el primordial, por encima de todos los demás. Para que la vida pueda seguir su curso, interactúan varios factores y uno de los más imprescindibles es la respiración, donde el oxígeno es vital a la vez que fundamental.
Aunque en algunas situaciones podemos vernos privados de oxígeno, entrando en una grave disnea respiratoria. En estas ocasiones seria cuando es necesario

utilizar el oxígeno como parte de tratamientos terapéuticos, a través de varias técnicas, que o proporcionen oxigeno o ayuden a la persona a poder respirar.
La oxigenoterapia es un tratamiento suministrado bajo pautas médicas en el que se proporciona oxígeno, en concentraciones más altas y elevadas de lo normal, con el fin de tratar o prevenir la falta de oxígeno en nuestra sangre, o en las células y los tejidos de nuestro organismo.
En los últimos tiempos, el uso de la oxigenoterapia, además de su uso en terapias medicinales, también es utilizado en el plano estético para mejorar las cualidades de la piel, no requiere de la cirugía y es indoloro completamente. El oxígeno aporta mucha hidratación a la piel y ayuda a la producción de colágeno, por lo que se usan para los tratamientos anti edad de las arrugas o en pieles grasas y viejas, en las pieles secas, también seria de utilidad.

## 2 Objetivos

Describir cuando podría necesitarse la aplicación de la oxigenoterapia al paciente y a su vez ver sus diferentes métodos del uso.

## 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 de las principales bases de datos, seleccionando artículos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

## 4 Resultados

El oxígeno bajo prescripción médica:
Los métodos de uso son:
- Oxigenoterapia normobárica: el usuario recibe el oxígeno a diferentes concentraciones. La aplicación por regla general será en una concentración de entre el 21 y el 100 %. Una de las opciones más normales de administrarlo en cuanto al sistema a utilizar es la de la aplicación con las cánulas nasales o mascarillas.
- Oxigenoterapia hiperbárica: aquí el oxígeno va al usuario en su dosis más alta al 100 % de su concentración. En la oxigenoterapia hiperbárica, el usuario se encuentra dentro de una cámara de despresurización. Para su aplicación correcta

seria con un casco o una mascarilla.
La finalidad de esta técnica de oxigenoterapia es la de aumentar la presión del oxígeno en los alveolos con ello consigue el reducir el trabajo cardiaco y respiratorio. Y se mantendrá sin interrupciones ni alteraciones la presión del oxígeno.
Como en cualquier tratamiento, en este también existen complicaciones, estas suelen darse y venir derivadas de una concentración inadecuada del oxígeno o a una administración muy prolongada de tiempo al enfermo que se está aplicando el tratamiento.
En cuanto a la sintomatología que se pueden ver podría darse:
Lesión pulmonar aguda.
La Bronquitis o traqueítis.
O también Displasia broncopulmonar.
Otras derivaciones que se dan con una incidencia bastante alta de la aplicación de la composición de gases que es muy fría y seca, lo cual persistentemente va a producir sequedad y/o ulceración en las mucosas.
Bajo oxígeno en sangre es un signo de estar padeciendo hipoxemia, esto puede deberse y ser provocado por incorrectas inspiraciones del oxígeno o altibajos en la administración.
Para saber la correcta administración de oxígeno de los usuarios se debe tener en cuenta unas cuantas variables como pueden ser que el enfermo tenga anteriores patologías, la enfermedad que le afecta en este momento y por la que se administra el tratamiento y la respuesta del usuario al tratamiento.

## 5 Discusión-Conclusión

Como vemos a través de la descripción de la administración de la oxigenoterapia, en este artículo, podemos llegar a la conclusión de la importancia tan vital, que tiene la administración de la oxigenoterapia como tratamiento imprescindible en usuarios con insuficiencia respiratoria.
El uso de oxigenoterapia, como método de ayuda en el tratamiento de los déficits respiratorios, nos va a apoyar y mejorar la calidad de vida de los usuarios. Se le considera un tratamiento farmacológico, con sus efectos adversos y contraindicaciones, si se recibe en dosis muy altas de concentración o se utiliza prolongadamente en el tiempo. Este tipo de terapias son procedimientos dirigidos al tratamiento y prevención de la hipoxemia.
Y que, si se utilizara para tratamientos en el campo de la estética, se administraría el oxígeno en toda su pureza para que las células mantengan y renueven su metabolismo.

# 6 Bibliografía

1. https://www.formacionalcala.es/articulos/24/oxigenoterapia-definicion-tipos-de-vias-y-recomendaciones
2. https://w3.ual.es/congresos/educacionysalud/ONLINE/075.pdf
3. https://mejorconsalud.as.com/oxigenoterapia-que-es-y-cual-es-su-objetivo/
4. Pírez Catalina, Peluffo Gabriel, Giachetto Gustavo, Menchaca Amanda, Pérez Walter, Machado Karina et al . Cuidados de enfermería en pacientes con oxígeno de alto flujo y ventilación no invasiva. Arch. Pediatr. Urug. [Internet]. 2020 Dic [citado 2022 Abr 03] ; 91(Suppl 1): 48-51. Disponible en: http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1688-12492020000700048&lng=es.
Epub 01-Dic-2020. http://dx.doi.org/10.31134/ap.91.s1.8.
5. Álvarez-Martos Sandra, Piedra-Cubells Mónica de la, Melero-Morales Ana, Silva-Tomás Pablo. Impacto de sesiones formativas en el conocimiento sobre la terapia de alto flujo en el área de pediatría. FEM (Ed. impresa) [Internet]. 2022 [citado 2022 Abr 03]; 25(1): 25-29. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2014-98322022000100005&lng=es.
Epub 21-Mar-2022. https://dx.doi.org/10.33588/fem.251.1166.

## Capítulo 108

# REPERCUSIONES DE LA HOSPITALIZACIÓN EN LA POBLACIÓN INFANTIL POR EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA

ESMERALDA LAJARA MERCHANTE

JESSICA MATEOS DE ARRIBA GARCIA MIGUEL

KATTY MARICELA REYES HEREDIA

SONIA SIERRA COLLAZOS

MARGARITA VIGARA NUÑEZ

## 1 Introducción

La Organización Mundial de la Salud (OMS) considera que el concepto de desarrollo abarca tanto la maduración en los aspectos físicos, cognitivos, lingüísticos, socioafectivos y temperamentales como el desarrollo de la motricidad tanto fina como gruesa, y llevar a cabo arbitrajes necesarios para un mejor desarrollo psicológico y crecimiento físico del niño, siendo así más fácil alcanzar un estado completo de bienestar físico y social.
Cuando se origina un ingreso hospitalario, produce un gran impacto tanto en la vida del niño como en la de sus familiares. La hospitalización en el niño, puede

tener resultados negativos a la hora de que el niño no pueda sobrellevar y aceptar esa situación nueva e inquietante para el.
El concepto de infancia viene determinado en función de la visión histórica y cultural en el que está el niño.
En 1992 se creó la Carta de los Derechos del Niño en el Parlamento Europeo y la figura del Defensor del Menor. Ambas son un modelo y un marco referencial para su diligencia, tanto en instituciones como en la comunidad en general. De esta carta de los derechos del niño podemos ver algunos que serían los siguientes, como intentar evitar la hospitalización del niño siempre que esto sea posible, el derecho a que sus padres estén con el acompañándole, derecho a recibir información correcta y adaptada a su edad y desarrollo mental, derecho a negarse a cualquier cuidado o examen y derecho a su identidad.

## 2 Objetivos

Conocer las funciones del técnico en cuidados auxiliares de enfermería (TCAE) respecto a la hospitalización en la población 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

Podemos observar según las evidencias y la práctica de que hay un común denominador a la hora de afrontar el ingreso para los niños enfermos basándose en la distracción y que está comprobado que su estado de ánimo mejora.
Vamos a ver dos tipos de distracción:
La distracción interactiva: su tema principal es la actividad lúdica, con todo lo relativo al juego, ya que la infancia la principal ocupación de los niños es el juego, necesario para su propio desarrollo evolutivo, por tanto el internamiento no debe suponer la interrupción drástica de las actividades lúdicas, ya que es indispensable para ayudar al niño a un mejor enfrentamiento a su estancia en el hospital.

Si hablamos de distracción pasiva, como son la participación en aulas hospitalarias través del cuento, musicoterapia, proyecciones, películas
En la infancia la aparición brusca de la enfermedad produce un menoscabo y una pérdida de sus actividades normales con las cuales el niño tenía establecida su vida y se distraía. Leer, es una buena recomendación a la hora de distraerse donde los niños se meten en la historia, la musicoterapia activa la relajación y consigue reducir la ansiedad y el estrés, mejora las constantes vitales, reduce la sensación de dolor.

Los padres son las personas que normalmente aparecen como cuidadores del niño al estar más horas junto a él, aunque basándonos en los resultados de estudios realizados resalta y es evidente lo importante que es la figura de la madre para el niño, ya que a través de ella los niños se sienten seguros y protegidos en situaciones que no comprenden ni entienden.

En lo que respecta al Técnico en cuidados auxiliares de enfermería dentro de sus competencias con el niño ingresado debe siempre ayudar a las habilidades familiares para así mejorar su afrontamiento.

## 5 Discusión-Conclusión

Como podemos ver se llega a la conclusión y basándonos en los diferentes estudios, la hospitalización de un niño requiere no solo tratar la enfermedad física como tal sino también las emociones, tanto del niño como a sus familiares.
Se debe potenciar y aprovechar por el Personal sanitario la ayuda de la familia, para cubrir sus necesidades y así poder alcanzar los objetivos.
Debemos evitar que el niño vea al hospital como un lugar de sufrimiento y dolor, sino que se puede convertir en un lugar donde el niño interaccione y se desarrolle según su ciclo vital, gracias a las actividades y a la distracción.

## 6 Bibliografía

1. Álvarez F, Fortin S, Bibean G. (2008) la práctica pediátrica en un medio cultural plural: una experiencia en curso. Arch Argent Pediatr 106,236-241.

2. Aláez, M., Martinez-Arias, R. y Rodriguez-Sutil, C. (2000) Prevalencia de trastornos psicológicos en niños y adolescentes, su relación con la edad y el género. Psicothema, 12, 525-532.

3. Martínez Abreu J, Gispert Abreu E, Castell-Florit S, Alfonso Pacheco CL, Diago Trasancos H. Consideraciones sobre el concepto de salud y su enfoque en relación a la salud bucal. Rev. Med. Electrón. [Internet]. 2014 [citado 2019 Mar 19]; 36(5):671-680.

4. Sánchez Álvarez C. Arteterapia en la hospitalización infantil. Interacciones entre los acompañantes y los niños hospitalizados [Tesis en obtención del título de máster en arteterapia y educación artística para la inclusión social]. Madrid: Universidad Complutense de Madrid; 2013. Disponible en: https://goo.gl/R7R6jM » https://goo.gl/R7R6jM

## Capítulo 109

# EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) Y FUNCIONES CON PACIENTES CON ALZHEIMER. MEJORA DE SU AUTONOMIA

MARIA DEL PILAR ARRIBAS MOLINERO

MARÍA DOLORES LOZANO GÓNZALEZ

MILAGROS LOZANO GONZALEZ

ANA MARÍA MORCILLO CASTAÑO

MARIA TERESA CUESTA MIRALLES

## 1 Introducción

La Organización Mundial de la Salud (OMS) definió el Alzheimer como: "Dolencia degenerativa cerebral primaria de causa desconocida". Es uno de los problemas sanitarios más importantes de la sociedad y se trata de una enfermedad progresiva y que en la actualidad no tiene cura, por eso es recomendable tomar las medidas adecuadas para el cuidado de aquellas personas mayores que sufren Alzheimer.

El Alzheimer es una enfermedad muy común en personas de edad avanzada, aunque también afecta en algunos casos a personas de mediana edad. Se trata de un trastorno cerebral que afecta a la capacidad de las personas para realizar sus tareas diarias, debido a que provoca un deterioro cognitivo y un trastorno en la conducta de las personas. Este deterioro puede llevar a las personas que padecen esta enfermedad, a la exclusión social y al autoaislamiento (en unas ocasiones por vergüenza ante situaciones de olvido y en otras excluidos por el resto de la sociedad por falta de hábitos de higiene). Es una enfermedad grave, degenerativa por la pérdida gradual de neuronas cerebrales que controlan el pensamiento, la memoria y el lenguaje. Es irreversible y progresiva. Tiene una duración muy variada ya que puede oscilar entre los 2 años y los 20.

Según Cassals (2012) la enfermedad de Alzheimer es una enfermedad neurodegenerativa que produce demencia, afectando mayormente a personas de edades superiores a 65 años. Supone un deterioro que conlleva la pérdida progresiva de la autonomía de la persona afectada e interfiere en su calidad de vida a todos los niveles: social, familiar y de ocio tanto del paciente como de su familia. Hoy en día hay más de 46 millones de personas afectadas por esta enfermedad en el mundo, y se prevé que en el año 2050 se habrá triplicado el número de casos si no se encuentra antes una cura.

Los cambios en el cerebro relacionados con el Alzheimer comienzan años antes de que aparezcan los signos de la enfermedad. Cuando el Alzheimer avanza y se aproxima a la fase final el deterioro cognitivo y funcional es ya muy pronunciado. La persona ya necesita ayuda incluso para las actividades más básicas, llegando a perder la capacidad para hablar y comunicarse. El cuidador asume un papel importante en el cuidado del paciente y se puede ver afectado por el cambio en la conducta del enfermo. Los cambios conductuales que más sufre el cuidador son:

- Agresión física, violencia verbal o acusaciones de robo o envenenamiento.
- Resistencia al aseo, al cambio de ropa.
- Conductas demandantes, preguntas repetidas, insomnio, etc. Los medicamentos pueden mejorar temporalmente los síntomas o retardar el avance de la enfermedad pero actualmente aún no sirven como cura.

## 2 Objetivos

- Desarrollar la importancia del trabajo del TCAE en cuidado de pacientes con Alzheimer.
- Reconocer la existencia de esta enfermedad y el impacto que tiene en las familias.

## 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

En la enfermedad del Alzheimer suelen acontecer tres fases: fase ligera, fase moderada y fase severa; en las que según vaya entrando en cada una de ellas, el enfermo irá sufriendo cambios importantes de memoria, conducta, problemas de lenguaje, trastornos motrices, dificultades en la planificación y desarrollo de actividades entre muchos otros empeoramientos que se irán produciendo hasta llegar a tener una dependencia absoluta de sus cuidadores.

Las personas que sufren Alzheimer suelen olvidar antes las cosas más normales y las que realizan en su vida ordinaria y recordar los recuerdos del pasado, por lo tanto, es normal que se olviden del nombre de sus familiares o pierdan cosas, tampoco es nada raro, que se olviden de cómo localizar a su casa. Cuando sucede esto, nos asaltan las dudas y las preocupaciones y nos damos cuenta de que algo grave y preocupante está sucediendo. En el Alzheimer, no es una enfermedad que pueda ser clasificada como hereditaria, aunque sí es referenciado que hay una serie de condicionantes genéticos que pueden aumentar el riesgo de que se desarrolle.

La enfermedad se va manifestando de forma progresiva. Los primeros síntomas serían:
- Repetición frecuente de preguntas: ¿Cuándo viene mi mujer?, ¿Qué hemos comido hoy?
- Pérdida de memoria: pequeños olvidos de hechos ocurridos recientemente.

- Dificultad para encontrar el nombre de objetos comunes.
- Pérdida del sentido de la orientación en tiempo y espacio: perderse de camino a casa.
- Problemas para realizar gestos simples.
- Cambios repentinos de humor.
- Dificultad a la hora de manjar utensilios familiares.

Es de gran importancia mencionar que no todos estos síntomas tienen porque presentarse de forma conjunta, sino que pueden darse uno o varios a la vez. También una pérdida de memoria ocasional, no quiere decir que vayamos a tener la enfermedad.

Las funciones del TCAE en las rutinas diarias se pueden clasificar en los siguientes grupos:
1. Higiene: el momento del baño ha de ser un momento de calma y relax para el enfermo, pero sin olvidarnos de hacerlo con total seguridad. En ningún caso se puede dejar solo a un enfermo de Alzheimer durante el baño para así prevenir posibles accidentes. La ropa que utilice deberá ser fácil de poner y cómoda. Así conseguiremos que el propio enfermo pueda vestirse en la medida de lo posible por sí mismo. El calzado es muy importante, puesto que la enfermedad va progresivamente provocando problemas de movilidad, es por ello que el calzado debe ser cómodo, ancho, flexible y sin cordones.
2. Alimentación: la alimentación del enfermo con Alzheimer es muy importante, en las primeras fases se puede animar al enfermo a participar en la elaboración de la comida. Es muy importante la correcta hidratación, ayudándose de zumos, gelatinas, infusiones o caldos. se recomienda una dieta variada y equilibrada, fraccionando las comidas, modificando la textura (se pueden espesar con harinas) de los alimentos. Lo más adecuado es que estos pacientes utilicen platos y vasos irrompibles (con asas), así como cubiertos con mangos más gruesos de lo habitual (para facilitar su sujeción). La posición del paciente debe ser de fowler (sentado) para prevenir el bronco-aspirado, respetando los tiempos de deglución y valorando al final la presencia de restos de alimentos en la boca.
3. Ayudar a Vestirse: algo tan cotidiano como vestirse es una actividad compleja, porque se necesita la coordinación de varias funciones cerebrales. Los enfermos de Alzheimer tienen dificultades para vestirse solos en las fases intermedias de la enfermedad, por ello, el TCAE debe simplificar al máximo esta tarea, respetando su intimidad y tratando de que para ellos sea una rutina agradable. El TCAE para ayudar a superar estas dificultades, lo intentará, retirando la ropa sucia de la habitación cuando se duerma, sacando del armario lo que no sea de la temporada,

dejándole escoger aquellas prendas que le gustan y dejándola preparada de un día para otro colocándola en el orden en el que deben ponérsela. Se debe sustituir todo lo que sea de abrocharse por adhesivos y las prendas difíciles de poner por otras más fáciles. Las dificultades que pueden aparecer a la hora de vestirse son:
- No quieren cambiarse de ropa.
- Ayudarles a distinguir la ropa adecuada a la época del año.
- Dificultades en el orden a la hora de vestirse.
- Dificultades para abrocharse la ropa y los zapatos.
- Ayudarles a mantener su forma habitual de vestirse.
- Se desvisten constantemente.
- No ser capaces a vestirse solos.

El TCAE, debe hacer todo lo posible para que el enfermo de Alzheimer este orientado, se tiene que controlar las persianas de las ventanas, subidas si es de día o bajadas si es de noche, tener un reloj con números grandes, en la pared para que la hora este siempre a su alcance de vista, un calendario de números grandes, poner carteles a las puertas de las habitaciones para identificarlas, recordar varias veces al día la temperatura y la fecha. Si tiene problemas para hablar, formar frases o hallar las palabras, se le dice lo correcto y se le pide que señale las cosas con el dedo, tener mucha paciencia y mantener en todo momento la calma, darle tiempo al paciente para que termine sin meterle prisa, y en caso de confusión facilitarle la resolución o ayudarle y bajo ningún concepto se debe de reñirle. Es importante reflejar siempre tranquilidad, no elevar la voz, mantener el mismo tono del discurso, hablar vocalizando y despacio cada palabra, emplear frases cortas y fáciles. Repetir la pregunta en caso de que no nos responda y, sobre todo, dirigirse a la persona sonriéndole y siempre positivamente.

## 5 Discusión-Conclusión

La población española está muy envejecida, siendo sufridora de las enfermedades propias de la edad, tales como demencias, Alzheimer, etc., y con la pérdida de funcionalidad física y mental. Estas enfermedades y deterioro de la persona al envejecer hacen de esta una persona muy frágil, muy dependiente de los cuidados del entorno, tanto familiar como institucional y hospitalario. Es muy importante preservar la autonomía del enfermo siempre que se pueda, permitiéndole el tiempo que sea necesario para realizar las tareas cotidianas básicas y facilitándole las cosas lo máximo posible. Se debe preservar al máximo la intimidad de los pacientes en las tareas de aseo personal, evitando cualquier situación en la

puedan sentirse incómodos. Es en esta parte, donde el papel del auxiliar de enfermería, adquiere una importancia relevante, ya que deberá ayudarle en estas tareas, haciéndole su ingreso más confortable.

El TCAE es un profesional fundamental a la hora de poder mantener una autonomía en un paciente diagnosticado con Alzheimer, y no solo va a ser ayuda para el paciente sino también para los familiares, ya que muchas veces, la familia mas directa pueden estar impactados por la evolución de la enfermedad, cosa que les satura y deprime, x ello es importante el reciclaje continuo de el TCAE en este tema para poder ayudar a todas las personas incluso a los pacientes que comiencen en debutar con esta enfermedad y tengan poca sintomatología.

Las funciones del Auxiliar de enfermería, consisten en ayudar en el día a día al paciente y facilitarle a éste su vida proporcionándoles también a sus cuidadores los recursos necesarios para disminuir la carga física y mental que suponen dichos cuidados. La función que realiza el Técnico en Cuidados de Enfermería es primordial dentro del equipo de enfermería y sanitario de atención a las unidades de los afectados de Alzheimer, ya que interviene en la primera etapa de la enfermedad para que el cuidador sepa pedir ayuda y así no empeorar la calidad de vida de ambos, ya que en ésta primera etapa el enfermo suele ser cuidado siempre por los familiares más cercanos.

## 6 Bibliografía

1. Formacion Logoss.
2. Manual del técnico auxiliar de enfermería. Editorial Mad.
3. https://www.ifp.es/blog/lalabor-de-los-auxiliares-de-enfermeria-en-el-alzheimer.
4. El TCAE ante el enfermo de Alzheimer [Internet]. Revistamedica.com. 2021 [citado 21 de mayo de 2021]. Disponible en: https://revistamedica.com/tcaeenfermo-alzheimer/.
5. Funciones del Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería https:// revistamedica.com.
6. https://www.formacion-alzheimer.es

## Capítulo 110

# FUNCIONES DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) EN EL SERVICIO DE URGENCIAS HOSPITALARIAS

MARIA DEL PILAR ARRIBAS MOLINERO

MARÍA DOLORES LOZANO GÓNZALEZ

MILAGROS LOZANO GONZALEZ

ANA MARÍA MORCILLO CASTAÑO

MARIA TERESA CUESTA MIRALLES

## 1 Introducción

Las urgencias hospitalarias surgen cuando los hospitales empiezan a pasar a manos de la administración pública en el siglo XVIII.Según la Organización mundial de la salud (OMS), la urgencia se define como aparición fortuita en cualquier lugar o actividad de un problema de causa diversa y gravedad variable que genera la conciencia de una necesidad inminente de atención por parte del sujeto que lo sufre o de su familia. El trabajo en el servicio de urgencias es un trabajo en equipo, muy bien coordinado y donde todos conocen cuáles son sus funciones. El TCAE es la primera persona que recibe al paciente una vez esta registrado y triado. Debe identificar al paciente y ayudarle a acomodarse ayudándole

a desvestirse o vestirse, y proporcionándole todo lo que necesite para su atención y siempre preservando la intimidad de este en todo momento.
El servicio de Urgencias, funciona las 24 horas del día y durante los 365 días del año, con el objetivo de realizar atenciones ante problemas de salud que afecten de manera urgente a las personas. El Servicio de Urgencias atiende la denominada urgencia externa, es decir los pacientes que acuden al servicio por un proceso urgente. No se ocupa de la urgencia interna que son los problemas urgentes que se producen en los pacientes ingresados en las plantas de hospitalización. El servicio de urgencias de un hospital es el área responsable de dar atención médica y quirúrgica a los pacientes que requieren de una atención inmediata. A diferencia de un consultorio médico, no requiere de cita y se puede acudir en cualquier momento. El triaje es el proceso mediante el cual un paciente es valorado a su llegada al hospital para determinar la urgencia de su situación y asignar el recurso apropiado para atender el problema identificado.
Las urgencias forman una de las partes más difíciles y que mayor responsabilidad requieren por parte de todo el personal hospitalario; y es que trabajar en cualquier hospital en el servicio de urgencias, puede llegar a ser muy estresante. Por todo eso, el TCAE, necesita de una gran serenidad para poder afrontar todo el estrés que supone este trabajo con ritmos frenéticos por lo que debe de saber priorizar sus tareas en función de le gravedad de los pacientes como las necesidades del servicio.

## 2 Objetivos

- Conocer e indicar las funciones del técnico auxiliar de enfermería en el servicio de urgencias de los centros hospitalarios.
- Explicar brevemente el funcionamiento y la importancia que tiene esta unidad.

## 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

En el área de urgencias las personas que llegan necesitan atención médica por diferentes razones. Por esta razón es necesario realizar un triaje, así cuando los pacientes acuden al servicio de urgencias del hospital, el personal realiza un triaje para determinar quien debe ser atendido primero. El procedimiento determinará a quien se atiende en primer lugar, no serán atendidos en orden de llegada, sino según el tipo de gravedad y sintomatología que presenten. Este método, es una de las estrategias para mejorar la atención en áreas de urgencias. Se ha demostrado que un correcto triaje para determinar la prioridad del paciente y así tener una capacidad de respuesta rápida son para los servicios de urgencias hospitalarias de vital importancia.

Es importante no saturar las urgencias porque podría acarrear diversos problemas como:
- Casos de peores casos clínicas.
- Disminuirá la calidad asistencial.
- Aumentarían los tiempos de espera.
- Agresiones verbales y muchas veces físicas de pacientes que no toleran la prioridad de pacientes graves.
- Problemas de gestión de otros servicios que se pueden ver perjudicados.

Las funciones del auxiliar de Enfermería son muy extensas y diferentes por ello, el Servicio de Urgencias, quizás, es el lugar donde todas esas funciones se reúnen. Es un área donde existe el contacto con todas las patologías y edades, y donde se han de poner en práctica todos los conocimientos adquiridos. Algunas de las funciones a realizar por el TCAE en el servicio de urgencias son las siguientes:

1. Ayudar a los pacientes en las comidas, administración de medicamentos por vía oral, rectal, tópica; excluyéndose la vía parental, de administración exclusiva del DUE.
2. Ayudar a vestir y desvestir al paciente (tanto en su llegada como en su alta o traslado). Se le pondrá un camisón preservando en todo momento su intimidad.
3. Trámite de solicitudes, muestras analíticas, radiológicas, ecografías, TAC, resonancias, etc.
4. Preparar al paciente antes de su exploración.
5. Toma de constantes vitales.
6. Ayudar a la inmovilización y transporte del paciente.
7. Supervisión y control de los Boxes.

8. Revisión y reposición del carro de paradas, comprobación del estado del monitor, limpieza, etc.
9. Limpieza y reposición del carro de curas.
10. Entrega y recogida del material estéril en la central de esterilización, en el caso de que no se pueda realizar esta tarea el celador y su posterior contaje y distribución, cumplimentando el libro de entradas y salidas del material.
11. Cuidado, limpieza y mantenimiento del material, instrumental, aparatos clínicos, etc.
12. Ayudar a la DUE en la administración de medicamentos, colocación de sonda, enemas, tomas de constantes vitales, recogida de muestras de esputo, orina, heces, etc.
13. Revisar y mantener los boxes perfectamente dotados de medicamentos, material sanitario, ropa y también los carros de cura.
14. Visitar a todos los enfermos a la entrada de cada turno.
15. Efectuar el cambio de relevo (transmitiendo toda la información al compañero/a correspondiente. Transmisión de documentación, datos sobre el estado de los pacientes).
16. Recoger la ropa que lleva puesta el paciente, y guardarla en una bolsa blanca identificando su nombre y apellidos, que se entregará a la familia del paciente.
17. Atender las posibles llamadas de los pacientes.
18. Colaborar en la recepción de los pacientes.
19. Colaborar en la higiene, la alimentación y cuidados del paciente.
20. Guardar las pertenencias personales del paciente.
21. Comunicar las observaciones del paciente con respecto a la ingesta de alimentos, eliminaciones.
22. Cumplimentar la documentación oficial.
23. Colaborar con la DUE en el plan de cuidados del paciente.
24. Cumplimentar los registros que establece la normativa del hospital.
25. Colocación de la pulsera identificativa de cada paciente, que deberá llevarla puesta durante toda su estancia en el centro26. Mantener el secreto profesional.
27. Informar al paciente sobre la ubicación del servicio, acceso tanto interior como desde el exterior, comunicaciones, horario de autobuses, líneas regulares, etc.
28. Informar a los pacientes y acompañantes sobre la normativa del centro en cuanto a régimen de visitas, número de acompañantes por enfermo, horario de visita o pase médico.
29. Participar en las actividades docentes del hospital.
El TCAE ha de saber cómo actuar en determinados momentos sin dubitación, y ha de trabajar en una comunicación constante con el Enfermero, participando

conjuntamente en el plan de cuidados de cada paciente, y al que comunicará cualquier cambio observado en él. El TCAE estará preparado para actuar junto al equipo ante cualquier complicación que pueda surgir. En urgencias los pacientes están muy nerviosos y nuestra labor será tranquilizarlos, por lo que tendremos una buena relación con él y le transmitiremos nuestra confianza y tranquilidad. Siempre debemos de guardar el secreto profesional, respetando la intimidad del paciente en todo momento, pero en situaciones especiales como en malos tratos o enfermedades de declaración obligatoria el TCAE deberá de romper el secreto profesional para preservar la salud pública.

## 5 Discusión-Conclusión

En el servicio de urgencias es muy importante la coordinación en el trabajo para ofrecer unos buenos cuidados y el TCAE debe participar conjuntamente en el plan de cuidados y comunicar cualquier cambio que se observe en el paciente. En el servicio de urgencias nos podemos encontrar con todo tipo de enfermedades o dolencias, por lo que hay establecidos distintos protocolos de actuación. La instauración de protocolos de actuación y de preparación de todo el material y de otros aspectos toma relevancia para garantizar el buen funcionamiento del Servicio de Urgencias. El trabajo en equipo juega un papel especial. Es importante en todos los servicios, sin embargo, en el Servicio de Urgencias lo es más todavía, por requerir una actuación conjunta, precoz y en muchas ocasiones, vital.

De todos los profesionales, el Técnico en cuidados auxiliares de enfermería es el profesional más cercano y atento a las necesidades fisiológicas del paciente, sus funciones van más allá de las de la asistencia sanitaria y abarcan también ámbitos de trabajo de tipo administrativo e incluso, de apoyo en materia investigadora o docente. Su ámbito funcional viene regido por lo dispuesto en el Estatuto del Personal Sanitario No Facultativo de la Seguridad Social. El área de urgencias es un área complejo, donde los ritmos de trabajo son estresantes, por lo que es importante que el técnico en cuidados auxiliares de enfermería que trabaja en este servicio tenga una actitud de serenidad y destreza.

## 6 Bibliografía

1. Formacion Logoss.
2. https://www.revista-portalesmedicos.com/revista-medica/importancia-tcae servicio-de-urgencias/.

3. https://congresosfnn.com/wp-content/uploads/2020/02/congreso-internacional-urgencias/poster-congreso-internacional-urgencias/2020-02-11_5e42cf800eb23_actuacindeltcaeenelserviciodeurgenci1.pdf.
4. https://apuntesauxiliarenfermeria.blogspot.com/2011/09/la-auxiliar-deenfermeria-en-urgencias.html

## Capítulo 111

# FUNCIONES DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) EN LA UNIDAD DE QUIROFANO. IMPORTANCIA DE LA LIMPIEZA

MARIA DEL PILAR ARRIBAS MOLINERO

MARÍA DOLORES LOZANO GÓNZALEZ

MILAGROS LOZANO GONZALEZ

ANA MARÍA MORCILLO CASTAÑO

MARIA TERESA CUESTA MIRALLES

## 1 Introducción

El quirófano es aquella sala que se halla en sanatorios, hospitales o centros de atención médica y que está especialmente acondicionada para la práctica de operaciones quirúrgicas a aquellos pacientes que así lo demanden. Asimismo, en el quirófano, se pueden realizar otras actividades relacionadas, tales como el suministro de anestesia, una acción de reanimación, entre otras, para así, luego, poder realizar la mencionada intervención quirúrgica. El quirófano debe ser provisto de una serie de equipos:

- La máquina de anestesia se ubica en la cabecera de la mesa de operaciones.
- Se puede modificar la altura, inclinación y orientación de la mesa de operaciones ubicada en el centro del quirófano.
- Las luces del quirófano sobre la mesa son orientables, proveen una luz brillante, sin sombras durante la cirugía.
- El carrito de anestesia se encuentra al lado de la máquina de anestesia. En el mismo se encuentran las medicinas, equipos, y otros elementos utilizados por el anestesista.
- Un monitor electrónico (que registra el ritmo cardíaco y respiratorio mediante parches adhesivos que se colocan en el pecho del paciente).
- El oxímetro se fija a un dedo del paciente mediante una banda elástica o agarre. Este dispositivo mide la concentración de oxígeno en la sangre del paciente.
- Los instrumentos quirúrgicos estériles a ser utilizados durante la cirugía se encuentran ordenados sobre una mesa de acero inoxidable.

Una parte fundamental de trabajo prequirúrgico por parte del técnico en cuidados auxiliares de enfermería es la preparación de todo el material que se va a emplear después durante la cirugía. El correcto lavado, secado y esterilización del material, así como su correcto almacenamiento posteriormente para evitar su deterioro son partes esenciales del proceso. El instrumental debe ser lavado tan pronto como sea posible después de la cirugía, para ello el TCAE que recoge el quirófano debe de enviar de forma inmediata el instrumental quirúrgico sucio al servicio de esterilización para su limpieza, desinfección y esterilización.

En todo este proceso, el TCAE es fundamental, por ello es necesario que tenga conocimientos de cuáles son las técnicas que se realizan en un quirófano y su función en ellas, trabajando en coordinación con el personal diplomado en Enfermería, colaborando con sus funciones y realizando las actividades de desinfección y reposición del material quirúrgico, por lo que debe de estar preparado ante cualquier situación y adelantarse a las necesidades.

## 2 Objetivos

- Exponer las funciones del técnico auxiliar en cuidados de enfermería en la unidad de quirófano en cada una de las etapas del acto quirúrgico.
- Describir las condiciones que debe observar un quirófano para cumplir satisfactoriamente con su misión.

## 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

Cuando un paciente se dispone a pasar por una intervención quirúrgica, a veces este proceso puede ser largo y complicado en el que las propias circunstancias del paciente juegan un papel determinante. Es por este motivo, por el cual los profesionales de la enfermería y en especial el TCAE, deben conocer con detalle cada una de las fases del proceso quirúrgico, para que de esta forma el paciente se sienta apoyado y seguro y nunca abandonado durante el tiempo que dure relación paciente-médico. En el cuidado del paciente quirúrgico se han desarrollado varias etapas:
1. Preoperatorio (antes de entrar en quirófano).
2. Intraoperatorio (mientras se realiza la cirugía).
3. Postoperatorio (tras la operación en la sala de reanimación). El conjunto de estas tres fases recibe el nombre de proceso Perioperatorio.

Un quirófano debe cumplir satisfactoriamente con su misión, teniendo en cuenta las siguientes consideraciones:
- Debe tratarse de un espacio cerrado.
- La limpieza y la aspiración de lograr un grado cero de contaminación es otra condición que debe observar el quirófano y las habitaciones contiguas que se hayan anexado (vestuarios, oficinas). Ello se logra limitando el acceso de personas a lo necesario; construyendo los pisos, paredes e implementos del quirófano con materiales y diseños fáciles de desinfectar; realizando profundas limpiezas y desinfecciones varias veces al día y removiendo todo el material de desecho.

-La circulación de personas debe ser mínima, únicamente debe permitir el acceso al paciente, al equipo interdisciplinario que suele actuar en una operación: cirujano, anestesista, radiólogo, gastroenterólogo, enfermero de quirófano, auxiliar de enfermería, camillero, instrumentador quirúrgico, entre otros.

-Todos los residuos e instrumentos manchados en sistemas cerrados (contenedores estancos y bolsas herméticamente cerrados). La limpieza de la sala de operaciones se hace varias veces al día, entre cada paciente. Para ello, se desinfectan todas las salas de operaciones utilizadas enteramente después de cada final de programa operatorio con protocolos de higiene, sin olvidar el resto de las partes del quirófano: oficinas, despachos, vestuarios.
-Deberá estar situado en un lugar independiente respecto del resto de la institución médica, aunque, cercano a aquellas áreas sensibles tales como las salas de emergencia, el banco de sangre, el laboratorio de análisis clínico, la farmacia.

El proceso quirúrgico comprende el tiempo que transcurre antes, durante y después de la intervención, donde el TCAE tiene un papel fundamental y una serie de obligaciones generales:
- Recepción del paciente en la unidad quirúrgica: Nos presentaremos ante el paciente y comprobaremos la pulsera identificativa y que su historia clínica esté correcta. Prevendremos lesiones mediante retirada de joyas, esmalte de uñas, lentes de contacto, etc.
- Realización de técnicas como lavado y rasurado: El TCAE explicará al paciente lo que se le va a hacer. Se hablará con el paciente de una forma profesional y tranquilizadora para reducir su ansiedad.
- Comprobación del funcionamiento correcto de los calientasueros y calientasangres.
- Atención a las necesidades del material que se les solicita durante el proceso quirúrgico.
- Ayuda al personal de enfermería, cubriendo las demandas que le competen.
- Colaboración en el envío de las muestras obtenidas en la cirugía a anatomía patológica.
- Revisión de las fechas de caducidad de los productos y materiales.
- Limpieza y asepsia del quirófano: Es una parte muy importante en las funciones del TCAE. El quirófano debe estar en condiciones óptimas para cualquier intervención, siguiendo los protocolos de limpieza del propio hospital.
- Mantenimiento, orden y limpieza del área de trabajo.

Además, el TCAE desarrollará siguientes dentro de la unidad de quirófano:
- Lavado quirúrgico: es el procedimiento por el que se reducen los microbios de las manos logrando que queden quirúrgicamente limpias. Es función del TCAE mantener siempre a punto las instalaciones e instrumental para este lavado.
- Preparación del material de uso común: en todo tipo de cirugía se utiliza material de uso común, como cápsulas, bateas, cánulas y calentadores de suero. Por lo

que es función del TACE conocer todos los instrumentos y proporcionar ayuda al personal de enfermería.
- Sondajes: el TCAE debe preparar el material necesario para la realización de la técnica y procurará una serie de cuidados al paciente, como vaciar la sonda, revisarla para evitar obstrucciones, no elevarla por encima de la vejiga en el caso de las sondas vesicales, vigilar al paciente ante cualquier molestia, etc.
- Monitorización del paciente: en todo procedimiento quirúrgico se ha de monitorizar al paciente, de lo que se encarga el personal médico y de enfermería. El TCAE debe procurar que todo el material que se vaya a utilizar esté ordenado y disponible. Además, estará pendiente, junto con el personal de enfermería, de parámetros como el estado respiratorio, el pulso, la tensión arterial y la temperatura.

Una vez finalizada la intervención, la cama se mete en el quirófano desde la zona sucia y el enfermo es trasladado a ésta por los celadores, con la ayuda del personal de enfermería, que vigilará el estado del paciente, así como los sueros, drenajes y demás complementos que puedan ir con el paciente. Cuando el paciente pueda ser trasladado a planta, lo realizará el celador, excepto si el paciente precisa una atención especial, en cuyo caso irá acompañado por una enfermera hasta su habitación. Cuando la enfermera circulante lo crea oportuno, delegará en la auxiliar de enfermería el traslado del paciente a planta, especialmente cuando las características de éste lo requieran (campanas de tórax, varios drenajes, mascarilla de oxígeno, etc.).

El postoperatorio se divide en dos fases:
1. Inmediato: horas siguientes a la intervención, se produce la recuperación de la anestesia y la cirugía. En esta fase se controla que el paciente recupere totalmente sus funciones vitales (respiración, frecuencia cardíaca, estado de consciencia, movilidad, etc.). El paciente puede presentar dolor, mareos, náuseas y mal estar general.
2. Tardío: el paciente recuperará su estado normal y logrará el nivel funcional más adecuado que sea capaz. En esta fase se previene y trata el dolor postoperatorio, se controla las complicaciones y se ayudará al paciente a volver a su máximo nivel de funcionalidad. Esta fase puede durar meses.

## 5 Discusión-Conclusión

Cuando un paciente debe pasar por una intervención quirúrgica, puede resultar un proceso complicado para la propia persona. Por este motivo, los profesionales

de la enfermería y en especial el TCAE, deben conocer a la perfección cada una de las fases del proceso quirúrgico. En general, el personal de enfermería, diplomados y auxiliares, se convertirán en los profesionales de referencia de los pacientes, ya que serán quienes le acompañen en todo el proceso hasta que abandonen el hospital.

Todas las actividades de enfermería dentro de quirófano se realizan entre la enfermera circulante, enfermera instrumentista y el TCAE, diferenciándose funciones propias de cada uno de los profesionales que componen el equipo quirúrgico. Concretamente, el TCAE realiza las técnicas quirúrgicas necesarias en coordinación y bajo la supervisión del equipo de enfermería del quirófano correspondiente. El TCAE hace una importante labor antes, durante y después de una intervención quirúrgica en colaboración con el equipo de enfermería.

Los cuidados que se ofrecen en el área de quirófano, repercutirán en el bienestar del paciente, y es que el objetivo básico que se propone un quirófano es el de estar a la altura cualquiera sea la circunstancia, es decir, debe ofrecer a médicos y pacientes un contexto apto y preparado tanto para el desarrollo de operaciones programadas como para aquellos casos de urgencias en los cuales no hay tiempo para preparar nada. Se debe asegurar que el quirófano se encuentre en condiciones óptimas, antes de la llegada del paciente. Hay que asegurar que el quirófano quede provisto de todo lo necesario para la intervención/es que se vayan a realizar durante la jornada de trabajo.

## 6 Bibliografía

1. Formación Logoss.
2. Manual del técnico auxiliar de enfermería. Editorial Mad.
3. https://www.mscbs.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/BQ.pdf.
4. http://www.auxiliar-enfermeria.com/funciones_auxenf.htm.
5. https://revistamedica.com/funciones-tecnico-cuidados-auxiliares-de-enfermeria-perioperatorio/.

## Capítulo 112

# GERIATRÍA Y LOS CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA

M ISABEL FERNANDEZ MARTINEZ

MARIA ADELINA ORTEGA LOPEZ

MARÍA ELENA NIELFA ROSILLO

LUCIA FERNANDEZ MARTINEZ

M DEL ROSARIO GOMEZ GOMEZ

## 1 Introducción

La geriatría es la «rama de la Medicina dedicada a los aspectos preventivos, clínicos, terapéuticos y sociales de las enfermedades en los ancianos». La gerontología «es la ciencia básica que estudia el envejecimiento de los seres vivos». La geriatría se ocupa de los aspectos clínicos, preventivos y sociales de la enfermedad en el individuo anciano, y su principal objetivo es prevenir y superar la pérdida de autonomía, a la cual estas personas son especialmente susceptibles. Dado que la geriatría tiene que hacer frente a un tipo de paciente con unas características especiales, la especialidad dispone de su propia «tecnología», que la hace diferente al resto de especialidades médicas. Esta tecnología no se basa en instrumentaciones mecánicas, sino en una sistemática propia de trabajo que marca la diferenciación de la geriatría con otras especialidades. El Técnico Auxiliar de Enfermería es uno de los profesionales sanitarios que más tiempo pasa en contacto con los pacientes de la unidad, cuidando y atendiendo todas sus necesidades

básicas. Además de los cuidados básicos, deberá dar respuesta y cubrir todas las esferas del paciente con edad avanzada, tanto a nivel psíquico, físico y social.
La Geriatría es una especialidad hospitalaria y, como el resto de especialidades que se ubican en el hospital, su sentido es que tenga la dotación y los recursos propios dentro del mismo. Lo contrario es maleficente y discriminatorio para el anciano. Este argumento parece obvio, además de fácilmente entendible, en uno de los países más envejecidos del mundo.
Los auxiliares de enfermería son aquellos profesionales que proporcionan una atención básica social a personas mayores que requieran una ayuda especial en las tareas de su día a día. Los auxiliares de enfermería normalmente desempeñan su actividad en hospitales, centros de día o residencias de la tercera edad (residencias geriátricas). Además, tiene un rol fundamental en nuestra sociedad puesto que dan apoyo emocional a nuestros mayores. No solo se ocupa del lavado e higiene del colectivo de la tercera edad, no su trabajo va mucho más allá. El auxiliar en geriatría está en el día a día del paciente, lo escucha, lo acompaña, le hace sentir valorado. A veces, estos ancianos se sienten como una carga para la sociedad, cuando han sido ellos el motor de nuestra sociedad que tras muchos años logran con sus distintos empleos que sigamos avanzando. Por ello, el auxiliar de enfermería no solo se ocupa de lavar ancianos, sino que se ocupa de darles apoyo moral para sentirse queridos, darles cariño. Muchas veces acciones de este tipo reportan muchos más beneficios que los propios medicamentos, si una persona está feliz y se siente acompaña y valorada.

## 2 Objetivos

Conocer cuales son los cuidados de enfermería en el área de geriatría.

## 3 Metodología

Se han consultado guías clínicas de cuidados relacionadas con el tema. Revisión bibliográfica de artículos relacionados en diferentes bases de datos como Puede, Medline, Cuiden y Google Academy. Temarios de Grado Medio de TCAE. En artículos de investigación de la Sociedad Española de Geriatría.

## 4 Resultados

La enfermería geriátrica atiende a un sector de la población específica, las personas mayores. Con unas problemáticas y patologías también específicas. Por ello ofrece una atención especializada acorde con esta población. Además, promociona la salud y el bienestar de las personas mayores, ofrece apoyo a los familiares o a las personas del entorno cercano y trabaja junto a otros profesionales para alcanzar los objetivos. Las funciones que se realizan pueden ser:
Las auxiliares de enfermería que orientan su profesión al área geriátrica o también llamados auxiliares de geriatría realizan una serie de funciones fundamentales para el adecuado bienestar de los ancianos. Las funciones pueden variar según las necesidades que presente el anciano o la anciana puesto que habrá casos en los que el anciano es capaz de llevar a cabo su propia higiene bucal, mientras que en otros casos no. Entre las principales tareas que lleva a cabo un auxiliar de enfermería destacan las siguientes:
- Se ocupa de levantar y acostar a los pacientes de la cama.
- Levantar y acostar a los pacientes de la cama.
- Aplicar cremas, apósitos o realizar curas. Cuidado de la piel.
- Informar a los familiares sobre su estado.

Lleva a cabo tareas relacionadas con la higiene personal donde se incluye la propia higiene corporal, es decir, la ducha. Pero, también se encarga de afeitar (cuando sea necesario), así como de la propia higiene bucal del anciano.
Reciben la comida, la colocan en las mesas y se ocupan de dar de comer a los pacientes que lo requieran. Además, vigilan y supervisan que coman.
Aplicación de enemas.
Lleva a cabo cambios posturales cada cierto tiempo al igual que del cambio de pañales.
Informa sobre las distintas incidencias que puede observar en su jornada laboral.

## 5 Discusión-Conclusión

El envejecimiento de la población es un fenómeno observable a escala mundial y, según indican los diferentes organismos internacionales, constituye además una tendencia que se acentuará en las próximas décadas. En este sentido, el bienestar de las personas mayores es un problema que preocupa, cada vez más, a sus familiares. En este sentido, la asistencia geriátrica comprende el conjunto de niveles de atención que desde la óptica sanitaria y social, deben garantizar la calidad de vida de los ancianos residentes de un área sectorizada, proporcionando

respuestas adecuadas a las diferentes situaciones de enfermedad o de dificultad social que aquellos presenten. Ofrecer una atención integral y de calidad a las personas mayores. Es importante así la asistencia estrecha del adulto mayor tanto en instalaciones intrahospitalarias como extra-hospitalarias ya que requieren de cuidados específicos. El profesional de enfermería tiene el conocimiento para el cuidado así como la capacidad de educar y enseñar al adulto mayor y aplicar su conocimiento para una pronta recuperación cualquiera que sea su padecimiento, así con su aportación ayuda al adulto mayor a ser auto-suficiente a entender su padecimiento. Así junto con otros profesionales de la salud lograr una pronta rehabilitación y recuperación del adulto mayor ya que hoy en día la demanda de asistencia de adultos mayores ha ido aumentando considerablemente es así que el profesional de enfermería tiene un compromiso con la sociedad en el ámbito de la salud.

## 6 Bibliografía

1. On-enfermeria 2019.
2. FP santagema.es.
3. Técnicas básicas de enfermería. Evangelina Pérez.
4. Wikipedia.
5. Medline plus.
6. Satisfacción con el cuidado de Enfermería del adulto mayor hospitalizado. Enfermería Universitaria.
7. Revista Española de Geriatría y Gerontología.

## Capítulo 113

# HOSPITALIZACIÓN Y CUIDADOS PALIATIVOS Y LOS TÉCNICOS EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE)

M ISABEL FERNANDEZ MARTINEZ

MARIA ADELINA ORTEGA LOPEZ

MARÍA ELENA NIELFA ROSILLO

LUCIA FERNANDEZ MARTINEZ

M DEL ROSARIO GOMEZ GOMEZ

## 1 Introducción

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, rodeados de la gente que les quiere.
El paciente terminal presenta multitud de problemas, entre ellos: astenia, anorexia, pérdida de peso (en el 90 % de los casos), dolor (que afecta al 80 %). Los objetivos deben ser realistas y a corto plazo e ir modificándolos según se cambien las necesidades de los pacientes.
Se denomina Cuidados Paliativos al cuidado global y activo de pacientes cuya enfermedad no responde a un tratamiento curativo. Son aquellos cuidados que se

prestan a pacientes con enfermedades avanzadas y progresivas, en los que se han agotado los tratamientos específicos y con un pronóstico de vida acortado. Muchos hospitales y clínicas oncológicas cuentan con estos equipos como parte de los servicios que brindan. Con tantos tipos de profesionales, el equipo de cuidados paliativos puede ayudar mejor a resolver síntomas y problemas que son más difíciles de tratar, como dolor intenso, angustia de la familia, problemas con el seguro o afecciones complejas. El equipo de cuidados paliativos también puede atender a los pacientes, las familias y los cuidadores en unidades de cuidados intensivos, salas de emergencia, centros de tratamiento o unidades hospitalarias. Los cuidados paliativos se basan en una concepción global, activa y viva de la terapéutica, que comprende la atención de los aspectos físicos, emocionales, sociales y espirituales de las personas en situación de enfermedad terminal: siendo los objetivos principales el bienestar y la promoción de la dignidad y autonomía de los enfermos y su familia, y los medios terapéuticos, el control de síntomas, el apoyo emocional y la comunicación cuando estemos delante de una enfermedad avanzada, progresiva e incurable, sin posibilidades razonables de respuesta a un tratamiento específico y con una muerte previsible a corto plazo, causada ya sea por un cáncer, SIDA o cualquier otra enfermedad crónica y progresiva".

## 2 Objetivos

Conocer las funciones del TCAE en la unidad de cuidados paliativos.

## 3 Metodología

Consulta en buscadores de Google, diferentes publicaciones científicas españolas, guías en cuidado y atención a paliativos en centros hospitalarios. Se ha llevado a cabo una revisión bibliográfica para la actualización acerca de la situación de los cuidados paliativos en pacientes oncológicos.

## 4 Resultados

Los cuidados paliativos pueden brindarse al mismo tiempo que los tratamientos destinados para curar o tratar la enfermedad. Los cuidados paliativos se pueden dar cuando se diagnostica la enfermedad, durante todo el tratamiento, durante el seguimiento y al final de la vida.

El paciente terminal recibirá una serie de cuidados por parte del TCAE en función de sus necesidades:
Todos los procedimientos se realizarán procurando la intimidad del paciente.
La higiene diaria tiene como finalidad que el paciente se encuentre más cómodo. Para ello, se realizará el secado de los pliegues de la piel escrupulosamente y se hidratará la piel. Además, se cambiará diariamente la lencería de cama las veces que sean oportunas.
La alimentación se adaptará a las diferentes necesidades del paciente y teniendo en cuenta su tolerancia, pudiendo fraccionar su dieta en varias tomas diarias de pequeñas cantidades sin forzar. Si es posible se hará hincapié en la ingesta de líquidos para evitar el estreñimiento, así como la aplicación de enemas prescritos por los facultativos si fuera necesario y el auxiliar colaborará en la técnica según protocolo.
Los ojos se limpiarán con solución salina para así evitar que la córnea se seque o se acumule secreciones. También se prestará especial atención en el cuidado bucal utilizando torundas impregnadas de solución antiséptica e hidratación de los labios.
En este tipo de pacientes es muy frecuente la aparición de náuseas y vómitos que intentaremos disminuir: animando al paciente a realizar respiraciones lentas y profundas.
Proporcionaremos al paciente un ambiente lo más relajado posible y así facilitar su descanso e intentaremos fomentar la comunicación entre el paciente y la familia apoyándoles emocionalmente en todo momento.
El TCAE se asegurará de que el paciente reciba los tratamientos médicos y farmacológicos con el objetivo de mejorar la calidad de vida y evitar el dolor en el enfermo.

## 5 Discusión-Conclusión

El paciente terminal tiene necesidades muy especiales que pueden cubrirse si nos tomamos tiempo para escuchar y averiguar cuáles son. 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. Los TCAE, dentro del equipo de enfermería puede ser una gran ayuda, durante estos momentos finales, si logran comprender los y cubrir esas necesidades. Los cuidados paliativos son un enfoque especial en el cuidado de las personas que tienen enfermedades graves.

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.

## 6 Bibliografía

1. www.auxiliar-enfermeria.com.
2. Revista Ocronos.
3. Revista medica.
4. American cáncer society www.cancer.org.

## Capítulo 114

# TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) Y EL SERVICIO DE NEONATOLOGIA

M ISABEL FERNANDEZ MARTINEZ

MARIA ADELINA ORTEGA LOPEZ

MARÍA ELENA NIELFA ROSILLO

LUCIA FERNANDEZ MARTINEZ

M DEL ROSARIO GOMEZ GOMEZ

## 1 Introducción

Las unidades neonatales pueden ser más o menos complejas. Todas comparten la asistencia en la sala de partos y la presencia de áreas de cuidados básicos e intermedios para aquellos neonatos que requieren vigilancia y atención médica, pero que no se encuentran graves. Las unidades más complejas son las que realizan el cuidado intensivo de los neonatos con problemas más serios, son las unidades de cuidados intensivos neonatales (UCIN). La competencia profesional, a nivel general, del TCAE es ”proporcionar cuidados auxiliares a los pacientes y actuar sobre las condiciones sanitarias de su entorno como miembro de un equipo de enfermería en los centros sanitarios de atención especializada y de atención primaria, bajo la dependencia del diplomado de enfermería o, en su caso, como miembro de

un equipo de salud en la asistencia sanitaria derivada de la práctica del ejercicio liberal, bajo la supervisión correspondiente".
En el cuidado de los recién nacidos intervienen diferentes profesionales como médicos, enfermeras, auxiliares de enfermería, etc. Los pediatras especializados en los neonatos se llaman neonatólogos. En ocasiones es necesaria la ayuda de otros especialistas médicos para el diagnóstico y tratamiento de enfermedades complicadas o que necesitan cirugía. Todos ellos trabajan en conjunto para cuidar de la mejor forma posible a los recién nacidos ingresados en las unidades neonatales.
Los auxiliares de enfermería Neonatal son los encargados de realizar las pruebas rutinarias a los bebes desde su nacimiento hasta las 4 semanas de vida. Pesaje, talla y perímetro cefálico. Son los encargados de comprobar que las medidas de los bebés están dentro de los parámetros normales. Es la sección del hospital que se encarga de la asistencia y cuidado del neonato o recién nacido. Incluye la asistencia en el momento del parto, la atención de los recién nacidos que están con sus madres en la maternidad y la de aquellos neonatos enfermos que necesitan cuidados médicos.

## 2 Objetivos

Conocer cuales son las funciones del TCAE en el servicio de neonatología.

## 3 Metodología

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

## 4 Resultados

Después del nacimiento y de realizadas la evaluación inicial y las primeras atenciones en la misma sala del paritorio y sin que se le separe de su madre, ya que siempre debe estar a la vista de esta (en caso de que se haga necesaria esta separación, la madre deberá ser informada, debiendo firmar el consentimiento correspondiente), se identificará adecuadamente al neonato con la citada pulsera

identificativa donde aparecerán el nombre y los apellidos de la madre, la fecha y hora del parto y el sexo del recién nacido. A continuación, se pasará a ambos, tanto a la madre como a su hijo, a la unidad.
Estos cuidados se harán siempre en un ambiente de intimidad, evitando interferencias exteriores, así como manipulaciones en exceso del recién nacido, que puedan influir negativamente tanto en la madre como en el neonato.
Se preocupará por el acomodamiento de ambos; procurará líquidos (deberá hidratarse adecuadamente ya que esto influye en la posterior producción de leche) y alimentos a la madre; orientará y ayudará a ésta en el inicio a la lactancia materna (posición correcta al pecho, colocación del pezón para que no surjan grietas posteriores, duración de la toma, que los orificios nasales del bebé estén libres); la orientará, si la madre es primeriza, con la higiene del bebé; así mismo, también la orientará en su propia higiene íntima; proporcionará la ropa adecuada al bebé; repondrá lencería; en definitiva, procurará que tanto la madre como el recién nacido estén en las mejores condiciones ambientales y sanitarias, de manera que queden cubiertas todas sus necesidades. El técnico en cuidados auxiliares de Enfermería es el encargado de hacer las preparaciones de las fórmulas de biberón, por lo que es necesario que conozca cómo se presentan éstas.

## 5 Discusión-Conclusión

El TCAE, como persona profesional y responsable que es, debe estar perfectamente formado para el trabajo que va a desempeñar y ser conocedora de todas las técnicas especiales que puedan ser requeridas en caso de emergencia. Se le dará a la madre apoyo e información adecuada y comprensible a lo largo de todo el proceso, en un ambiente de intimidad, cordialidad y familiaridad que le infundan seguridad, tanto a ella como a su familia.
En caso de que la madre elija la opción de dar a su hijo leche materna, esta debe iniciarse inmediatamente después del parto o, en su defecto, en la hora posterior al mismo, aprovechando el contacto piel con piel, de manera que el neonato pueda buscar el pezón de manera instintiva, (el llamado reflejo de succión que, generalmente, se desarrolla a partir de la semana 34 de gestación). Los profesionales sanitarios, entre los que también se encuentra el TCAE, indicarán la forma correcta en la que se le debe ofrecer el pecho al bebé. La toma inicial será de 10 minutos en cada pecho, como máximo, ya que exceder este tiempo sólo provocaría la aparición de aerofagia. El protocolo que los auxiliares de enfermería deben seguir al atender a un neonato, especialmente si este tiene algún tipo de riesgo de infección, es el de Mínima Manipulación.

## 6 Bibliografía

1. www.enfamilia.aeped.es
www.euroinnova.edu.es.
2. Medline, Pubmed.
3. Revista electrónica de portales medicos.com.
4. Centro de estudios profesionales Santa Gema.

## Capítulo 115

# INTERVENCIONES Y CUIDADOS BASICOS DEL TCAE ANTE LA DECISION DE UNA PAREJA DE FECUNDACION IN VITRO

CRISTINA CASTRO GAVILAN

ADELA MARÍA ORTEGA FERNANDEZ

DOMINGA MARIA AGUILAR CAÑADAS

MIRIAN RODRIGUEZ CHINCHILLA

INMACULADA BLANCO CORRALES

## 1 Introducción

Las parejas o personas solas deciden una fecundación, reproducción asistida o fecundación in vitro puede ser por diferentes causas, como principal suele ser la esterilidad, pero también la falta de pareja y querer ser madre, abortos continuos y no querer pasar por otra fase más así etc.
Lo que en la actualidad suele ocurrir es que estas personas que deciden someterse a este tipo de técnicas, suelen ser conocedoras de redes sociales, grupos, Facebook, etc. con lo cual el estrés, ansiedad puede comenzar a encontrar antes incluso de ser sometida a esta. Debido a toda la cantidad de información que pueden llegar a recopilar en estas redes, incluso pueden llegar a ser informaciones no viables, mentiras y como no también por supuesto, casos de parejas

que si que han pasado por ese proceso. Todo esto conlleva a una situación de incertidumbre y que llega a costar decidir qué es lo mejor.
En ocasiones suelen terminar con esta decisión de fecundación in vitro para aumentar la calidad de vida en la pareja y como no también es un aspecto que se ve afectado durante el tratamiento de fertilidad, disminuyendo significativamente en parejas estériles, y asociándose con una disminución de la autoestima, así como de las redes de apoyo social y satisfacción sexual y marital.

## 2 Objetivos

Analizar que tipo de intervenciones son las adecuadas por el TCAE y personal sanitario ante la decisión de un paciente de ser fecundado por la técnica in vitro.

## 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. Fecundación, esterilidad, cuidados, intervenciones.

## 4 Resultados

Se ha podido incluir en nuestra revisión bibliográfica textos de artículos que nos indican que tipo de intervenciones de apoyo o actuaciones de cuidados se ha de realizar ante un paciente que ha decidido someterse a una técnica de reproducción o fecundación in vitro:
- El TCAE o personal sanitario sobre todo fomentará la autoestima en este tipo de pacientes, ya que van a acudir a una consulta con miedo a lo desconocido, desconcertados, ansiosos y debido a esto no van a entender la mitad de lo que se les va a explicar. Por ello también sería adecuado que el personal hable claro, con lenguaje no médico y por supuesto lentamente para que puedan seguir la conversación perfectamente.
- Como intervención en esta primera consulta, el TCAE o personal sanitario empatizara con los pacientes y por supuesto les acomodara para que puedan ser explorados por el ginecólogo y puedan decidir si la anatomía física o mental de esta paciente puede llegar a ser sometida a este tipo de procedimiento.

- Durante todo el proceso el personal sanitario podrá realizar la intervención de observación, pues en ella va a comprobar si acude con pareja, sola y por supuesto la comunicación no verbal que nos va a dar muchos detalles de cada una de las pacientes.
- El impacto que sufren estas personas es muy grande, ya que no en todas las ocasiones la reproducción in vitro sigue el cauce correcto y tienen que abortar, con lo cual esto va a causar depresiones, ansiedad y miedo a lo que les pueda ocurrir durante los primeros meses o días tras la implantación del cigoto.
- Se realizará también la intervención de explicación de signos de alarma como sangrado, mareos, etc. cualquier síntoma que pueda llegar a aparecer y poder comprender que algo no está ocurriendo con normalidad.

## 5 Discusión-Conclusión

Es un tema muy delicado a la hora de poder tratar o empatizar con este tipo de pacientes, pues cuando llegan a la consulta como se ha podido comprender suelen ser pacientes que ya han indagado o consultado, incluso se han puesto en contacto con gente que ya ha pasado por este tipo de procedimiento. Como también se ha nombrado las redes sociales, en este caso pueden ser beneficiosas o no, ya que pueden llegar a confundir a las personas.
Es importante como se ha comentado en nuestros resultados, explicar, apoyar y como no empatizar con ellos antes y después del procedimiento, de manera que puedan confiar y poder comentar cualquier duda que les aparezca.

## 6 Bibliografía

1- García Jiménez R, Valero Arroyo I, Gómez Manzorro MD, Casla Martín A, Tirado Carrillo MP, Mantrana Bermejo E. Evaluación de los procesos emocionales en pacientes sometidos a técnicas de reproducción asistida: impacto de la Fecundación in Vitro. Rev Iberoam Fert Rep Hum. 2019; 36 (2): 3-12 De Rivera L, Abuín MR. Manual de Listado de Síntomas Breve LSB-50. España: TEA ediciones; 2012.
2- Begum BN, Hasan S. Psychological problems among women with infertility problem: A comparative study. J Pak Med Assoc. 2014 nov; 64 (11): 1287-91.
3- Galhardo A, Pinto-Gouveia J, Cunha M, Matos M. The impact of shame and self-judgment on psychopathology in infertile patients. Hum Reprod. 2011 Sep; 26 (9): 2408-14.

## Capítulo 116

# CONOCIMIENTOS Y CUIDADOS BASICOS DEL PACIENTE CON HALITOSIS POR EL TCAE

CRISTINA CASTRO GAVILAN

ADELA MARÍA ORTEGA FERNANDEZ

DOMINGA MARIA AGUILAR CAÑADAS

MIRIAN RODRIGUEZ CHINCHILLA

INMACULADA BLANCO CORRALES

## 1 Introducción

En ocasiones los pacientes debido a su patología o síntomas digestivos debutan con un síntoma llamado halitosis.
Definimos este síntoma de halitosis como olor desagradable procedente del aliento de una persona, es un problema social asociado frecuentemente a una mala higiene bucal o a enfermedades de la cavidad oral, pero también puede indicar enfermedades sistémicas severas que necesitan un diagnóstico y tratamiento específicos.
Este síntoma, como se ha comentado, es frecuentemente por problemas en la cavidad oral pero también puede debutar debido a pacientes sin recursos sociales, como el aislamiento, económicas (por déficit de productos de higiene dental que realizan estos pacientes) Todo esto conllevara al debut de la halitosis.

En ocasiones el paciente no se da cuenta del mal olor debido a que también realiza una higiene corporal inadecuada. Por ello se tomaría medidas en cuanto a este paciente, derivándolo a trabajador social o en caso de familiares conocidos poner en conocimiento de este suceso.
La halitosis suele ser mas frecuente en mujeres que en hombres, sin embargo, por estimación objetiva, el nivel de halitosis es más alto entre los varones.
El mal olor se relaciona también con la densidad y características de las bacterias presentes en la lengua y en la cavidad oral.

## 2 Objetivos

- Describir que cuidados o intervenciones realizara el TCAE ante un paciente que debuta con un síntoma llamado halitosis en general.

## 3 Metodología

Se ha llevado a cabo una revisión bibliográfica con internet y bases de datos, añadiendo textos de artículos que nos indican actividades preventivas o correspondientes a un paciente con halitosis
Las bases de datos consultadas fueron PUMBED, SCIELO etc.
Palabras clave: halitosis, síntoma, digestivo, oral

## 4 Resultados

En nuestra revisión bibliográfica hemos podido documentar y añadir textos de artículos en los que nos comentan que actuaciones o intervenciones pueden realizar el TCAE para contribuir a evitar la halitosis.
- El TCAE durante la entrevista con el paciente que sufre halitosis recomendara que evite el tabaco, ya que es una de las causas más frecuentes agravando la situación periodontal y tiñendo los dientes.
- El TCAE realizará un documento con una dieta definida por un nutricionista o dietista, en la cual insistirá en una dieta equilibrada y con variedad de frutas, verduras y alimentos saludables. Evitar en esta dieta alimentos que puedan producir dispepsia, ardor o irritación en el sistema digestivo.
- El TCAE comentará al paciente si ha notado si tiene alguna herida bucal, ha tenido algún síntoma febril o secreciones purulentas.

- El TCAE como intervención principal tras el diagnostico de halitosis y ayudado por el equipo multidisciplinar sanitario, debe aconsejar al paciente comprar un cepillo eléctrico que su cabezal tenga rotatorio para llegar a todas las zonas de la boca. Se utilizará una pasta dental no muy agresiva para evitar heridas o laceraciones bucales que agraven el olor o dolor de la halitosis. Se explicará la forma del cepillado, la cual es intensa y con una dirección exterior de la pulpa dental hacia afuera.
- ES importante que si el paciente presenta caries se le indique o solicite interconsulta al odontólogo para tratar la causa y eliminar también la halitosis.
- Hay que aconsejar también el TCAE a los pacientes con halitosis, que los colutorios ofrecen un beneficio limitado, pero algunos con formulaciones antioxidantes (que contienen dióxido de cloro) han mostrado un mayor éxito a corto plazo. Si el paciente tiene antecedentes de abuso de alcohol, se deben utilizar colutorios sin alcohol. La halitosis psicógena puede requerir una interconsulta con psiquiatría.

## 5 Discusión-Conclusión

El tema de la halitosis es algo que conoce muy pocos pacientes, por ello en el momento que se les informa de este diagnóstico tienden a decir que no es posible. Como se ha documentado en nuestros resultados, la buena higiene dental es algo que evitara la halitosis siempre que no tenga otra causa como las caries u otra patología que esté causando este síntoma.
Se ha elegido este tema por la falta de conocimientos como se ha comentado, por ello se ha utilizado un lenguaje conciso, claro y por supuesto que personas que incluso no tengan conocimientos sanitarios conozcan el tema en cuestión.

## 6 Bibliografía

1- Zaitsu T, Ueno M, Shinada K, Wright FA, Kawaguchi Y. Social anxiety disorder in genuine halitosis patients. Health Qual Life Outcomes. 2011;3(9):94-8.
2- Tornout M, Dadamio J, Coucke W. Tongue coating: related factors. J Clin Periodontol 2010; 40:180-5.
3- Bascones-Martinez A. Halitosis: un problema médico y social. Med Clin (Barc) 2014. http:// dx.doi.org/ 10.1016/j.medcli.2014.01.002

## Capítulo 117

# AFRONTAMIENTO DEL INSONMIO DE LOS PROFESIONALES DE LA SANIDAD: EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE)

CRISTINA CASTRO GAVILAN

ADELA MARÍA ORTEGA FERNANDEZ

DOMINGA MARIA AGUILAR CAÑADAS

MIRIAN RODRIGUEZ CHINCHILLA

INMACULADA BLANCO CORRALES

## 1 Introducción

El insomnio es una situación muy actual que se suele dar en profesionales de la salud debido a la carga de trabajo física y mental y a las jornadas de trabajo con turnicidad. Podemos decir que en la actualidad el insomnio es algo que afecta a muchos profesionales de la salud.
Es importante conocer que el cuando hablamos del sueño es un estado fisiológico y regulado, que normalmente ocurre a unas horas determinadas del día, proporcionando el descanso necesario que permite la recuperación funcional y energética del organismo. Es por ello por lo que una de las principales necesidades de los adultos, para mantenerse activo en el día a día y llevar una vida saludable,

es el descanso nocturno adecuado, con horas en las que tenga un sueño reparador, en el que el personal se levante bien, sin dolores y descansado.
Entre todas las definiciones que hemos encontrado hemos elegido esta por su adaptación al personal sanitario por ello decimos que el insomnio como "la dificultad persistente en el inicio del sueño, su duración, consolidación o calidad que ocurre a pesar de la existencia de adecuadas circunstancias y oportunidad para el mismo y que se acompaña de un nivel significativo de malestar o deterioro de las áreas social, laboral, educativo."

## 2 Objetivos

- Determinar actuaciones o como poder afrontar que el profesional o personal sanitario no padezca de un insomnio que no le deje desempeñar sus funciones.

## 3 Metodología

Se realiza una revisión bibliográfica en diferentes bases de datos en busca de cualquier artículo que nos indique que actuaciones son importantes para evitar padecer el insomnio
Las bases de datos revisadas SCIELO; PUMBED, MEDLINE.
Palabras clave: sueño, cansancio, cuidados, insomnio.

## 4 Resultados

- Para poder entender el tema en cuestión hemos elegido textos de artículos en los que nos explican que actuaciones se deberían realizar a la hora de acostarse o tener un sueño reparador y evitar un insomnio.
- El profesional debe conocer que si padece insomnio es adecuado intentar tomar las medidas pertinentes para evitar el acumulo de no descanso y no poder desempeñar su trabajo correctamente.
- Las actuaciones que puede generar el personal sanitario son en caso de que se trabaje con turnos adaptar sus turnos a sus descansos, incluyendo también ocio, salidas con amigos, ejercicio continuo. De esta forma se va a encontrar cansado y dormirá.
- En caso de que sea un insomnio crónico el cual se ha producido porque el profesional lleva a su domicilio los problemas de el trabajo tanto de los pacientes como de su carga laboral es importante conocer que debe intentar desconectar una vez

que sale de la jornada de trabajo. Si no es posible deberá afrontar su insomnio con ayuda de un especialista que le ayude en la terapia de relajación.
- También es adecuado realizar rituales a la hora de acostarse como por ejemplo irse la cama solo para dormir y tener relaciones sexuales; evitar leer, mirar televisión o usar dispositivos electrónicos en la cama; mantener la habitación oscura y fresca. Evitar mirar el teléfono móvil.
- Otra posible actuación puede ser la de las intervenciones, como tapones para los oídos, máscaras para dormir, relajación muscular, entrenamiento de postura y relajación, música, y otras estrategias educativas que demuestran una mejora en las puntaciones que evalúan el sueño.

## 5 Discusión-Conclusión

El insomnio forma parte de nuestra vida y es algo que nos va a generar tensión, depresión etc. Es por ello por lo que es imprescindible intentar realizar algunas actividades de las que se ha comentado en nuestros resultados, como intentar relajación antes de dormir, evitar todo lo que contenga internet, que pueda desviar nuestra concentración al sueño.
El profesional sanitario hay que añadir como se ha comentado ya que la turnicidad y el exceso de trabajo mas el conllevar a el domicilio los problemas que surjan durante su jornada es algo que va a influir y debutara en un insomnio al principio pero si continua agravara su situación.

## 6 Bibliografía

- Álamo-Gonzalez C, Alonso-Álvarez M, Cañellas-Dols F, Martín-Águeda B, Pérez-Díaz H, Terán-Santos J. Pautas de actuación y seguimiento. Insomnio. [Internet]. 2016.
- Mañas CM, López MP. Análisis de la calidad de sueño en una muestra de trabajadores del sector público. Rev del Trab ISSN-e 2174-2510, Vol 6, No 1, 2016, págs 4-11. 2016;6(1):4–11.
- Aguado T. Calidad del sueño en profesionales hospitalarios, sanitarios y no sanitarios. Rev Enfermería del Trab [Internet]. 2016;6(1):12.

## Capítulo 118

# CUERPOS EXTRAÑOS EN EL OÍDO Y FOSAS NASALES POR EL TÉCNICO EN CUIDADOS DE ENFERMERÍA

MANUELA GARCIA LUNA

FÁTIMA PÉREZ DURO

MARÍA DEL PILAR PONCE VILLALTA

ISABEL RAMÍREZ ORTIZ

EVA MARIA GONZÁLEZ TOMÁS

## 1 Introducción

En ocasiones el Técnico en cuidados de enfermería y el equipo sanitario tanto de consultas como de hospitalización, nos podemos encontrar con que se requiere atención en casos de Cuerpos extraños en oído y en cuanto a su etiopatogenia es más frecuentemente en niños y pacientes psiquiátricos, a pesar de la anatomía del conducto auditivo externo, con abundantes cilios, y secreción ceruminosa de las glándulas del conducto. Se dividen en: Orgánicos: papel, algodón, goma de borrar, tapones de cera o silicona, semillas, insectos, larvas, garrapatas e inorgánicos.
Para poder confirmar un diagnóstico se le realiza al paciente una anamnesis; otoscopia, que confirma lo referido por el propio niño o por los padres; por la clínica, ya que pueden producir otitis externa secundaria, edema o heridas del conducto y perforaciones timpánicas, y en los inorgánicos, por hallazgo casual.

Otro de los sucesos puede ser el de cuerpos extraños en fosas nasales en cuanto a su etiopatogenia al igual que el anterior se da en niños y pacientes deficientes, demenciados o psiquiátricos. Tras adultos normales, accidentes de tráfico y laborales son el antecedente inmediato más común.
En cuanto a la Clínica podemos observar obstrucción nasal unilateral y tras tres o cinco días, presenta rinorrea unilateral purulenta, con frecuencia fétida.

## 2 Objetivos

Ver y describir al detalle los procedimientos y tratamientos a aplicar y que el Técnico en cuidados de enfermería debe saber a la hora de proporcionar ayuda y preparar el material de la asistencia en casos de cuerpos extraños en oído y fosas nasales.

## 3 Metodología

Para elaborar este trabajo, se ha llevado a cabo una investigación consistente 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 sobre el tema que estamos tratando, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

## 4 Resultados

1. Cuerpos extraños en oído. Tratamiento:
- Cuando la membrana timpánica está íntegra, y el cuerpo inorgánico no está enclavado, se realiza lavado con suero fisiológico tibio. En los orgánicos grandes, no deben considerarse una urgencia y no se recomienda por la posibilidad que tienen de hincharse y obliterar más el conducto auditivo externo.
- Si el cuerpo extraño es un insecto vivo, previo a su extracción, se matará introduciendo en el conducto auditivo externo alcohol de 70 °, cloroformo o éter, y posterior lavado con suero.
- Extracción instrumental, siempre viendo el cuerpo extraño, con un ganchito romo, sobrepasándolo por arriba, girando el utensilio y arrastrándolo suavemente hacia el meato externo. Corremos el peligro de introducirlo más si no se realiza correctamente, lesionando incluso la membrana timpánica.

- Cuando el cuerpo extraño está enclavado o el paciente no colabora, se ha de derivar al otorrinolaringólogo, para extraerlo por sedación y/o anestesia general, y excepcionalmente abordaje quirúrgico por vía retroauricular. Después de la extracción, se ha de realizar la otoscopia para descartar posibles lesiones del conducto auditivo externo, membrana timpánica o cadena osicular.

2. Cuerpos extraños en fosas nasales.
Tratamiento.
- Sonarse con fuerza, tapándose la fosa nasal libre, cuando observemos el cuerpo en el vestíbulo nasal.
- Extracción instrumental, previa anestesia tópica y siempre observando el cuerpo extraño, mediante un asa de alambre (asa de Billeau), rebasándolo por el parte súpero posterior y arrastrarlo seguidamente hacia la fosa nasal. Evitar utilizar pinzas que suelen introducir este en profundidad. Debemos recordar que la primera oportunidad es la mejor, ya que el niño está más tranquilo.
- De no ver el cuerpo extraño, podemos utilizar un vasoconstrictor nasal para extraer los cornetes y mejorar la visualización o bien un barrido ciego con el asa.
- Si el sujeto no colabora se ha de derivar al sujeto, para extraerlo bajo sedación y/o anestesia general.
En ocasiones, y tras la extracción del cuerpo extraño, puede presentarse una pequeña epistaxis sin mayor trascendencia clínica.

## 5 Discusión-Conclusión

Los cuerpos extraños en las fosas nasales y los oídos son muy asistidos y recurrentes en las consultas de otorrinolaringología. La edad de los pacientes afectados suele ser entre 2–5 años, pero pueden producirse a cualquier edad, incluso en algunos adultos. Se puede ver todo variedad de cuerpos extraños, como juguetes pequeños, plastilinas, lápices, semillas, trozos de comida e incluso insectos.
Muchas de estas situaciones se solucionan en las consultas de Atención primaria y solo los casos más complicados llegan a las urgencias. Debemos tener conocimiento de la anatomía de las zonas, conocer el material correcto con el que se debe actuar, las técnicas y las opciones de extracción, y los cuidados después de la extracción para provocar el menor daño posible y no provocar secuelas a largo ni a corto plazo.

# 6 Bibliografía

1. https://www.elsevier.es/es-revista-medicina-familia-semergen-40-articulomanejo-cuerpos-extranos-nasales-oticos-S113835931000095X.
2. https://faros.hsjdbcn.org/es/articulo/cuerpos-extranos-nariz-oidos-comoactuar-ninos.

## Capítulo 119

# TRAQUEOSTOMÍA EN NIÑOS Y CRICOTIROTOMÍA. DESCRIPCIÓN POR EL TÉCNICO EN CUIDADOS DE ENFERMERÍA

MANUELA GARCIA LUNA

FÁTIMA PÉREZ DURO

MARÍA DEL PILAR PONCE VILLALTA

ISABEL RAMÍREZ ORTIZ

EVA MARIA GONZÁLEZ TOMÁS

## 1 Introducción

Describiremos la traqueostomía en niños, la cual no difiere mucho de la de los adultos.

En el niño raramente es necesario practicar una traqueostomía de urgencia debido a la mayor facilidad que presentan para la intubación. Por otra parte, la elasticidad de las estructuras laringotraqueales condiciona la conveniencia de realizar una intubación previa siempre que sea posible, de forma que aporte una mayor rigidez a las mismas, facilitando la orientación.

La principal diferencia entre la traqueostomía de niño y la del adulto consiste en el abordaje del istmo tiroideo y de la tráquea. Siempre que sea posible, la

traqueostomía debe practicarse subístmica por localizarse en el niño tanto el istmo como la laringe en una posición más alta respecto al adulto.

Cricotirotomía:
La cricotirotomía, también denominada coniotomía, es una técnica quirúrgica que, en situaciones de máxima urgencia, permite el acceso rápido a la vía aérea a través de la membrana cricotiroidea.
La cricotirotomía está indicada en la obstrucción grave de la vía aérea siempre que no sea posible y se haya descartado ya de realizar una intubación endotraqueal o una traqueotomía con la suficiente rapidez para el riesgo de vida del paciente.

## 2 Objetivos

Describir las técnicas quirúrgicas de aplicación a la hora de practicar una traqueostomía en niños y una cricotirotomía, en el cual los Técnicos en cuidados de enfermería junto con el personal enfermero, asistirán al facultativo.

## 3 Metodología

Para elaborar este trabajo, se ha llevado a cabo una investigación consistente 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 Académico, páginas sobre el tema que estamos tratando, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

## 4 Resultados

Técnica quirúrgica de la Traqueostomía en niños:
En cuanto a la incisión traqueal, se deben respetar los dos primeros anillos. Antes de incidir la tráquea, siempre verticalmente, pueden pasarse dos puntos a un lado y otro del sitio de incisión, para traccionar de la tráquea y permitir además la sutura de la misma a la piel, previniendo el riesgo de desintubación.
En cualquier caso, ante una situación de extrema urgencia lo más importante es abrir la vía aérea de la manera más rápida posible, teniendo en cuenta la localización más alta del árbol la ringotraqueal.

1. Técnica quirúrgica de la Cricotirotomía.
Técnica quirúrgica:
Se coloca al paciente con el cuello en hiperextensión y con la mano izquierda se inmoviliza firmemente la laringe sujetándola a nivel de cartílago tiroides.
Con el dedo índice de la mano derecha se identifica por palpación la membrana cricotiroidea como una depresión entre el cartílago tiroides y cricoides, punto en el que la vía aérea es más superficial. Con el bisturí se practica una incisión transversal en la piel y tejido subcutáneo y posteriormente en la membrana cricotiroidea. La incisión cerca del cricoides evitará la lesión de la arteria cricotiroidea. Es importante dirigir la punta del bisturí hacia abajo para no dañar las cuerdas. Se separan suavemente los cartílagos tiroides y cricoides con un instrumento romo para evitar lesionarlos y se introduce un tubo o una cánula. Actualmente existen unos kits de coniotomía dotados de bisturí, punzón y cánula.
Se realiza la incisión cutánea con el bisturí, tras lo cual se introduce el punzón y la cánula ensamblados. En este momento hay que tener cuidado de no lesionar la pared posterior laríngea o traqueal, evitando así una posible perforación traqueoesofágica. Una vez en la vía aérea, se retira el punzón y se deja la cánula de ventilación.
Complicaciones:
Las que pueden presentarse durante el acto quirúrgico son:
- Alteraciones en la voz por lesión directa de las cuerdas, del músculo vocal o del cricotiroideo.
- Hemorragia por lesión de la arteria cricotiroidea.
- Estenosis laríngea por necrosis compresiva de la cánula o tubo sobre el cricoides.
- Perforación traqueoesofágica por lesión de la pared posterior de la tráquea.
- Necrosis del cartílago tiroides. Debido a la posibilidad de estas complicaciones, se aconseja la conversión de la coniotomía en traqueotomía reglada en cuanto sea posible.

## 5 Discusión-Conclusión

Observamos y llegamos a la conclusión, a raíz de la descripción de las técnicas quirúrgicas de la traqueotomía en niños y una cricotirotomía, que a la hora de su realización deberá ser ejecutada por el facultativo y con la asistencia del personal sanitario compuesto de Técnico en cuidados de enfermería y el personal enfermero, en lo que respecta a la decisión de realizar una de estas técnicas será por que se haya descartado la posibilidad de una intubación traqueal, en la traqueotomía, existen diferencias en cuanto a la localización anatómica a la hora de

practicar la abertura de esta, a niños y adultos por la fisonomía de estos y la cricotirotomia, se realizaría en casos de muy extrema gravedad.

# 6 Bibliografía

1. https://www.3bscientific.com.es/simulador-de-coniotomia-y-traqueotomia1005180-w19361-pharmabotics-cyt100,p_1455_4232.html.
2. https://anestesiar.org/2014/manejo-quirurgico-emergente-de-la-via-aereaguia-para-la-cricotirotomia-percutanea/.

## Capítulo 120

# DISFUNCIÓN SEXUAL DESCRITA POR UN TÉCNICO AUXILIAR EN CUIDADOS DE ENFERMERÍA

MANUELA GARCIA LUNA

FÁTIMA PÉREZ DURO

MARÍA DEL PILAR PONCE VILLALTA

ISABEL RAMÍREZ ORTIZ

EVA MARIA GONZÁLEZ TOMÁS

## 1 Introducción

Salud sexual (Organización Mundial de la Salud (OMS) 2006): estado de bienestar físico, mental y social en relación con la sexualidad. Requiere de un enfoque positivo y respetuoso de la sexualidad y las relaciones sexuales, y poder tener experiencias sexuales placenteras y seguras, libres de coacción, discriminación y violencia.

Como animales, la pulsión sexual es inherente a todos nosotros. El placer sexual es un importante reforzador primario, aunque como "animales sociales" la pulsión se ve filtrada y moldeada por las condiciones socioculturales, es decir, el comportamiento sexual solo se puede entender dentro de unas coordenadas geográficas, temporales y sociales. Existen tantos modos de vivir la sexualidad como personas hay en el mundo.

El concepto de "lo natural" ha hecho daño a lo largo de la historia de la sexualidad. Durante siglos se creyó que la masturbación o la homosexualidad eran antinaturales. San Agustín (x. IV) o Santo Tomás de Aquino (s. XIII) creían que cualquier acto sexual no encaminado a la procreación era contrario a la naturaleza (pecaminoso). El semen era un "regalo de Dios" y desperdiciarlo era una ofensa. A partir del 342 d. C., mantener relaciones sexuales con personas del mismo sexo podía llevar a la tortura o la muerte en la hoguera.

## 2 Objetivos

El objetivo que nos marcamos al elaborar este capítulo es visibilizar la existencia de disfunciones sexuales para darles una normalidad dentro del sistema, ya que en nuestro trabajo nos encontramos habitualmente con ellas.

## 3 Metodología

En el presente capítulo ofrecemos una profunda revisión bibliográfica relativa a la literatura científica disponible en la actualidad. Hemos realizado una indagación minuciosa de los diferentes manuales existentes y analizado artículos de las principales bases de datos: Pubmed, Medline y Scielo. Asimismo, hemos realizado una selección de artículos científicos procede tes de publicaciones académicas previamente revisadas, basándonos en todo momento en el manual de diagnóstico del DSM-V.

## 4 Resultados

Existen problemas de malestar subjetivos derivados, ya no del hecho de ser homosexual o bisexual, sino del estrés de formar parte de una minoría sexual. Al principio se le llamó "homosexualidad egodistónica" y se terminó denominando "malestar con respecto a la propia orientación sexual"; esto oculta el hecho de que rara vez un heterosexual se siente mal con respecto a su orientación sexual. Habría que encontrar una mejor opción para hablar de una patología derivada de haber sufrido agresión social homófoba, o malestar derivado de la homofobia manifiesta o sutil, social o interiorizada. La persona también comparte prejuicios con la sociedad, lo que hace que haya unas "normas autoimpuestas" en relación a la sexualidad, relativas a mitos, estereotipos y desinformación. En ocasiones, recibir la información adecuada hace que el malestar subjetivo desaparezca.

Los problemas derivados del ámbito de la sexualidad pueden estar relacionados con: La respuesta sexual en sí misma (disfunciones sexuales).
El objeto de atracción sexual (trastornos parafílicos).
El malestar con el género atribuido (rasgos biológicos), cuando es diferente al género sentido (disforia de género).
Otros, como complejos sexuales, que pueden ser casi delirantes o formar parte de un trastorno dismórfico corporal, obsesiones sexuales, hipersexualidad, efectos por abuso sexual, malestar producido por internalizar la homofobia social, hay una serie de trastornos en los que no hemos querido profundizar.
El Técnico auxiliar en cuidados de enfermería (TCAE) dentro de nuestras funciones tanto en consultas como en hospitalización nos encontramos con trastornos de disfunción sexual y creemos que es nuestra obligación conocerlos para poder abordarlos desde un aspecto ético y humano, puesto que somos durante su ingreso las personas que más en contacto están con estos pacientes y los acompañamos en numerosos momentos tanto físicos como psicológicos.

## 5 Discusión-Conclusión

Los trastornos de la sexualidad aumentan en incidencia y prevalencia año tras año.
Mejorar un trastorno de la sexualidad influye decisivamente en otros aspectos de la vida personal, conyugal y familiar del paciente.
El tratamiento se basa en la intervención psicofarmacológica, junto con una intervención psicoterapéutica, acorde a las peculiaridades de cada paciente, su motivación al cambio y al tipo concreto de trastorno que presente.
Los cuidados para el tratamiento de las disfunciones sexuales son extremadamente necesarios porque los trastornos sexuales pueden ser responsables de alteraciones de la calidad de vida, autoestima y condiciones psicológicas, tanto de los pacientes como de sus parejas.
Es importante que los profesionales de la salud se fundamenten en el conocimiento sobre función sexual y disfunciones, autoconfianza, habilidades de comunicación y respeto para enfrentarse a pacientes con problemas sexuales.

## 6 Bibliografía

1. NIH Consensus Developmenrt. Panel on Impotence. JAMA 1993; 270:83-90.
2. Mc Culloch DK, Campbell IW, Wu FC, Prescott RI, Clarke BI. The prevalence of diabetic impotence. Diabetología 1980;18:279-83.

3. Fedele D, Coscelli C, Cucinotta M. Incidence of erectile dysfunction in Italian. Eur Urol 2001;40: 392-6.
4. Roth A, Kalter-Leiboci O, Kerbis Y, Tenembaum-Koren E, Chen J, Sobol T, et al. Prevalence and risk factors for erectile dysfunction in men with diabetes, hypertension, or both diseases: a community survey among 1 412 Israeli men. Clin Cardiol 2003;26:25-30.
5. Klein R, Klein BE, Lee KE, Moss SE, Cruickshanks KI. Prevalence of selfreported erectile dysfunction in people with long term IDDM. Diabetes Care 1996;10:768-91.
6. Bortolotti A, Fedele D, Chatenoud L, Colli B, Coscelli C, Landoni M et al. Cigarette smoking: a risk factor for erectile dysfunction in diabetes.J Urol 2001;155:1368-71.

## Capítulo 121

# LA ENFERMEDAD LLAMADA GONORREA

YAIZA GÓMEZ MARTIN

## 1 Introducción

La enfermedad de la gonorrea ,del latín medieval gonorrhoea, derivado del griego γονόρροια [gonórrhoia], flujo de semen, también se conoce como blenorragia, blenorrea, gonococia, es una enfermedad de transmisión sexual, es decir, una ETS. Es causada por la bacteria Neisseria gonorrhoeae o gonococo, que habita en el interior del ser humano. Afecta sobre todo a las mucosas del aparato genital y urinario, pero también puede afectar a los ojos, la faringe y el recto.
Se caracteriza por la expulsión de secreciones pululantes a través de la uretra del hombre y puede causar la infertilidad en ambos casos.
La gonorrea ha sido reconocida y descrita desde la antigüedad, ya que se menciona en los papiros egipcios, y se sabe que en el tercer milenio antes de Cristo, la gonorrea estaba muy extendida en toda Asia. La coccidiosis se evaluó mediante el método hipocrático, que disecó la uretra de los hombres con este agente, observando los cambios en el tejido epitelial, las secreciones y las estenosis uretrales (estenosis) que suelen acompañar a la enfermedad.
La Organización Mundial de la Salud (OMS) estima que hay 106 millones de casos nuevos en todo el mundo cada año. En los Estados Unidos, la gonorrea ha sido una de las enfermedades infecciosas más comunes desde 1965.

## 2 Objetivos

El objetivo principal de este capítulo es saber y conocer cuáles son 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

A los primeros lugares a los que afecta esta bacteria son a la zona del epitelio columnar de la uretra y la endocérvix. El recto, la faringe, y los ojos también verse afectado. Los órganos genitales de la mujer también pueden ser afectadas debido a que van unidas en conjunto con células epiteliales. En las mujeres, la primera zona afectada es el cérvix.
En los hombres, los síntomas en los hombres suelen aparecer de 2 a 21 días después de la infección. Entre los más comunes se encuentran las secreciones uretrales blancas, claras, purulentas, espesas y amarillas provenientes del pene. También puede manifestarse como dolor al orinar o una sensación de escozor o ardor en la uretra. El dolor y la inflamación testicular son muy comunes en las personas con gonorrea.
Neisseria gonorrhoeae puede provocar otros efectos secundarios, como uretritis y prostatitis. Esta infección bacteriana rara vez es asintomática en humanos, y casi todas las personas que lo padecen, normalmente son inicialmente asintomáticos, aunque en algunos casos puede confundirse con otro tipo de enfermedad genitourinaria.

En las mujeres, la infección suele ser asintomática. Sin embargo, pueden presentarse signos y síntomas como flujo vaginal, aumento de la cantidad de orina y malestar al orinar (disuria). La propagación de gérmenes a las trompas de Falopio puede causar dolor abdominal inferior, malestar general, fiebre, náuseas y síntomas generales de una infección bacteriana.

También produce enfermedades como vaginitis y cérvix, así como endometriosis, salpingitis y enfermedad pélvica inflamatoria (EPI). Se caracteriza por enrojecimiento en el área genital. El sistema inmunológico tiene serios problemas para destruir Neisseria gonorrhoeae porque contiene fibras con una alta tasa de variabilidad antigénica. Puede causar infertilidad y ceguera en los niños.

## 5 Discusión-Conclusión

Es muy importante que toda la población, tanto hombres como mujeres reciban desde pequeños una educación sexual tanto en el hogar por familiares y gente del entorno u otros seres queridos como en las escuelas y colegios, con el fin de fomentar y hacer saber la importancia que tienen los métodos anticonceptivos, no solo para evitar un embarazo en adolescentes que sea no deseado , que en este caso sería lo de menor importancia, sino las enfermedad de transmisión sexual, es decir, las conocidas ETS que conllevan una serie de consecuencias, algunas de ellas pueden ser crónicas, es decir, para toda la vida.

## 6 Bibliografía

1. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/.
2. https://medlineplus.gov/spanish/.
3. https://www.scielo.org/es/.

## Capítulo 122

# DIETAS DE ADICIONAMIENTO PARA DIABÉTICOS POR EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA

CRISTINA SALDAÑA ALVAREZ

LAURA DOMINGO RODRIGUEZ

ALMUDENA DÍAZ MARTIN

MARIA JOSE MARTINEZ MARTINEZ

MARÍA ALARCOS LOPEZ-LUCENDO RODRIGUEZ-REY

## 1 Introducción

Esta dieta se utilizará para tratamiento de enfermedades concernientes con una nutrición inadecuada por falta de nutrientes específicos o porque se deben delimitar ciertos alimentos debido a la enfermedad. Nos podemos encontrar con dietas para tratar ciertas enfermedades como, el raquitismo (por falta de vitamina D), escorbuto (por falta de vitamina C) o la anemia ferropénica (por falta de hierro). También entrarían dentro de las dietas que eliminan algún nutriente específico como el gluten (enfermos de celiaquía) o la lactosa (por su intolerancia a la lactosa) o las que eliminan directamente alimentos específicos que pueden derivar en una alergia alimentaria a ciertas personas.

Aunque por regla general, si se realiza la dieta y las pautas indicadas de forma estricta se puede recuperar el buen estado de salud y ser posible conservar una adecuada calidad de vida adaptando la dieta a la realidad y sobre todo a los requerimientos de cada persona.
La dieta en estos casos a veces es un elemento suplementario, pero muy necesario para tratar diversas enfermedades a través de los fármacos o estrategias terapéuticas. En este articulo describiremos las dietas para tratar la Diabetes
En el caso de la diabetes, la dieta va a ser un complemento necesario e indispensable para asegurar el completo estado de salud.

## 2 Objetivos

- Conocer las clases de dietas complementarias que se pueden aplicar, dependiendo de la patología o afectación del paciente y en este caso la diabetes
- Indicar las pautas adecuadas para su correcta aplicación.

## 3 Metodología

Para elaborar este trabajo, se ha llevado a cabo una investigación consistente 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, paginas de nutrición hospitalaria, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas

## 4 Resultados

En la dieta para tratar la diabetes es esencial controlar la ingesta de Hidratos de Carbono, estos se deberán distribuir a lo largo de todo el día en las raciones y se deberá eliminar el consumo de los azúcares simples. La dieta se debe seguir de forma exacta, ya que ira a la par con una pauta de insulina.
• Dietas para diabéticos.
Dieta pobre en grasas saturadas.

En el paciente con un índice de masa corporal corriente el aporte calórico estará entre 2.000-2.500 kcal con el mismo porcentaje de principios inmediatos que la persona no diabética, estando prohibidos los azúcares sencillos y los alimentos muy ricos en azúcares (legumbres secas, frutos secos, plátanos), porque son

hidratos de carbono simples o de cadena corta (monosacáridos), (los azucares se liberan rápido y hacen picos), lo recomendable y muy importante son hidratos de carbono complejos o de cadena larga (disacáridos) (son de liberación más lenta y mantenida en el tiempo, al cuerpo le cuesta más trabajo absorberlos y tendremos un abastecimiento más homogéneo de energía).
La ingestión de 30 gr. de fibra al día reduce la absorción de hidratos de carbono.
Las grasas serán mayoritariamente de un origen vegetal.
Se procurará que las proteínas sean de alto valor biológico, sobre todo de origen animal. Sólo un 15% de los glúcidos podrán ser de absorción rápida.
En el paciente hospitalizado se recomiendan cinco tomas diarias (desayuno, comida, merienda, cena y recena, importante para prevenir hipoglucemias). Calcio.
Dieta hipo lipídica.
Pobre en grasas saturadas y colesterol. Se restringen los alimentos de origen animal y tecnologías culinarias que incorporen grasa (fritos, rebozados, empanados, etc.). Las grasas se restringen hasta el 25% del valor calórico total, siendo fundamental reducir el colesterol de la dieta a 200 mg/día.

## 5 Discusión-Conclusión

Como podemos observar y leer en esta descripción de las dietas que se podrían aplicar a pacientes diabéticos llegamos a la conclusión de que nos podemos encontrar varias dietas sobre todo a la hora de poder adaptarnos a la patología o afectación del diabético desde el ámbito hospitalario en las cuales se puede adaptar y elaborar un plan de alimentación individualizado para una patología, la cual ayudara a la mejora de la calidad nutricional y se podrá establecer un plan de cuidados y un soporte nutricional en consonancia con las fases de la enfermedad.
La dieta es de suma relevancia a la hora de la recuperación del paciente diabético o mantenimiento de la salud y sobre todo si están dirigidas a una patología en concreto.

## 6 Bibliografía

1. www.deustosalud.com/blog/dietetica-nutricion/que-son-dietas-terapeuticas#::text=Una%20dieta%20terapéutica%20es%20aquella,dentro%20de%20una%20actuación%20multidisciplinar.
2. http://www.atensalud.com/2017/03/dietas-terapeuticas.html
3. https://books.google.com/books?id=Tv8sDwAAQBAJ

4. Riobó Serván Pilar. Pautas dietéticas en la diabetes y en la obesidad. Nutr. Hosp. [Internet]. 2018 [citado 2022 Mar 19] ; 35( spe4 ): 109-115. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0212-16112018000700019&lng=es.
Epub 28-Sep-2020. https://dx.doi.org/10.20960/nh.2135.

Capítulo 123

# BLOQUE Y ÁREA QUIRÚRGICA: COMPETENCIAS DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA

ALMUDENA DÍAZ MARTIN

LAURA DOMINGO RODRIGUEZ

CRISTINA SALDAÑA ALVAREZ

MARIA JOSE MARTINEZ MARTINEZ

MARÍA ALARCOS LOPEZ-LUCENDO RODRIGUEZ-REY

## 1 Introducción

Los Técnicos en cuidados auxiliares de enfermería en el bloque de quirófano son de especial relevancia en el campo de salud y es totalmente imprescindible que fomenten y se actualicen todas y cada una de las habilidades y los conocimientos necesarios sobre el ámbito quirúrgico. Por ello, describiremos diferentes áreas y qué trabajo y protocolos seguirá, un Técnico en cuidados de enfermería en un quirófano.

En lo referente al trabajo y las funciones en el bloque quirúrgico del Técnico en cuidados de enfermería sus cometidos serán cumplir con un rol fundamental, ya que debe trabajar en colaboración y coordinación con el equipo de trabajo al

completo, así como con personal de enfermería y doctores. También un trabajo a desempeñar será cumplir con las funciones de limpieza, reposición, distribución del material a utilizar e instrumentos quirúrgicos.
Se ofrecerá atención primaria e integral al paciente, es una de las funciones y cometidos de un Técnico en cuidados de auxiliares enfermería en un quirófano, por todo lo dicho anteriormente, son profesionales de suma importancia e imprescindibles en las cirugías. Sin embargo, los Técnicos en los cuidados auxiliares de enfermería en la zona quirúrgica deben seguir las normas del personal en el Departamento o en el Servicio de salud, así como las de la dirección de enfermería. Realizan los servicios complementarios de la asistencia, en aquellos aspectos que no sean competencia de las enfermeras, atendiendo a las instrucciones que reciban por parte de éstas y del personal facultativo.

## 2 Objetivos

- Conocer las funciones que realiza el Técnico en cuidados de enfermería de Quirófano.
- Describir el trabajo a realizar por el Técnico en cuidados de enfermería de la Subcentral de Esterilización.
- Indicar además, los cometidos del Técnico en cuidados de enfermería en el área del despertar.

## 3 Metodología

Para elaborar este trabajo, se ha llevado a cabo una investigación consistente 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, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas

## 4 Resultados

Sus tareas pueden diferenciarse en distintas áreas: a) Auxiliar de Quirófano.
Antes de la cirugía:
- Comprobación del correspondiente parte de quirófano.
- Colaboración en la preparación del quirófano que se vaya a utilizar y de la sala de preanestesia.

- Preparación intermedia y sala de lavado quirúrgico, con los materiales necesarios.
- Ayuda y apoyar a la enfermera en la atención directa al paciente siempre y cuando sea requerida.
- Limpieza de área de quirófano según los protocolos instituidos por Medicina Preventiva.

Durante el trascurso la cirugía:
- Estará presente en el área de quirófano en el inicio de la cirugía, favoreciendo siempre al equipo cuando se le requiera.
- Se mantendrá, una vez comenzada la cirugía, en la considerada sala intermedia, dotando el material que le sea pedido, a la encargada de ser la enfermera circulante.
- No abandonará nunca el área sin ser sustituida.
- Pasará siempre al área del quirófano cuando sea llamada.

Al terminar la cirugía:
- Recogida del instrumental utilizado y posterior envío a la zona de lavado y esterilización.
- Lavado y limpieza del instrumental que le sea requerido.
- Limpieza y organización del quirófano según protocolo establecido por Medicina Preventiva.
- Presencia en el quirófano al clausurar la cirugía, colaborando siempre y cuando sea requerida. b) Auxiliar de la Subcentral de Esterilización.

La Subcentral de Esterilización es un local, generalmente habilitado entre dos quirófanos, dependiente de la Central de Esterilización, para dotar de material estéril a los correspondientes quirófanos.

Funciones:
- Petición de los materiales a la Central de Esterilización.
- Lavado y posterior esterilización del material que le sea solicitado.
- Limpieza del utilizado tablero de cirugía.
- Realizará las salidas y entradas que se precisen fuera de la establecida área quirúrgica, para el progreso de la actividad quirúrgica que este prevista.
- Reposición del material que sea necesario en los vestuarios de la mencionada área (gorros, mascarillas, calzado, pijamas, etc.)
- Control y limpieza de la estufa de los fluidos y los mini claves del área, con la frecuencia designada en los protocolos.
- El Control y la revisión de las autoclaves según las normas establecidas desde la Central de Esterilización.

- Recogida y distribución de las muestras extraídas que se recepcionen en el área del quirófano.
- Limpieza del correspondiente mobiliario. c) Auxiliar del despertar.
- Colaboración y apoyo con la enfermera en la atención cercana y directa al paciente.
- Dotación, colocación y reposición del material.
- Limpieza del correspondiente mobiliario y del material.
- Envío de las muestras que precisen los pacientes y así como la recepción de las mismas.
- Realizará las salidas y entradas que se precisen fuera del área quirúrgica.
- Realizará las camas usadas por los pacientes.

Según el Estatuto de Personal Sanitario incluido en No Facultativo, las ocupaciones del Auxiliar de Enfermería en las áreas de Quirófano y Esterilización, serán:

• El cuidado la conservación y la reposición de batas, sabanillas, toallas, etc.
• El arreglo de los guantes y la confección de los apósitos de gasas y de otros materiales.
• Ayudar y apoyar al Personal Auxiliar Sanitario Titulado en la preparación y adecuación del material para su posterior esterilización.
• La recogida y la limpieza del instrumental que se haya utilizado en las intervenciones quirúrgicas, así como ayudar al Personal Auxiliar Sanitario Titulado en la ordenación, estructuración y reposición de las vitrinas y arsenal.
• En general, todas aquellas actividades que, sin tener carácter profesional sanitario, vienen a facilitar las funciones del Médico y de la Enfermera o Ayudante Técnico Sanitario, en cuanto no se contrapongan a lo determinado en el actual Estatuto.
• Así mismo, el Estatuto instaura que queda totalmente prohibido a las Auxiliares de Enfermería la ayuda al personal médico en la práctica de las citadas intervenciones quirúrgicas.

## 5 Discusión-Conclusión

Podemos ver a través de esta descripción detallada en lo referente al trabajo y las funciones en el bloque quirúrgico del Técnico en cuidados de enfermería, la suma importancia de participar, colaborar y brindar toda la ayuda y conocimientos posibles en los equipos de trabajo del bloque de quirófano, la mayoría de las veces al estar en proceso una intervención, tenemos y cumplimos unas funciones derivadas de nuestras competencias, muy relevantes en lo que se refiere a

observación y ayuda en todo lo que se necesitara a lo largo del proceso de la operación a si como terminado el proceso propiamente dicho, a la hora de limpieza del material, esterilización del mismo y en el área del despertar, en el cuidado y observación del paciente.

## 6 Bibliografía

1. https://www.coursehero.com/file/pfd5ivd/EN-LAS-UNIDADES-DEL-DOLOR-LA-ENFERMER%C3%8DA-CONSTITUYE-UN-FACTOR-FUNDAMENTAL-es-el/
2. http://www.auxiliar-enfermeria.com/funciones_auxenf.htm
3. https://www.escueladelaoposicion.com/funciones-del-auxiliar-de-enfermeria-tcae/
4. https://www.mscbs.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/BQ.pdf
5. Generalitat de Catalunya. Departament de Sanitat i Seguretat Social. "Cirugía ambulatoria. Criterios técnicos de autorización administrativa de los centros asistenciales en el ámbito de la cirugía ambulatoria y de las exploraciones y pruebas diagnostico-terapéuticas, fuera del área quirúrgica". 2002.

## Capítulo 124

# DISNEA Y VIGILANCIA DE LA PIEL EN ENFERMOS DE CUIDADOS PALIATIVOS 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

Cuando queremos definir la disnea se indica que es una sensación subjetiva de una dificultad o una gran necesidad de aumentar la ventilación. El paciente paliativo que lo padece es quien nos puede informar de ello y así poder conocer su intensidad y características. Debemos tener muy en cuenta que, aunque el paciente paliativo tenga síntomas de taquipnea no conlleva disnea necesariamente y que, en caso de dificultades a la hora de la comunicación como técnicos en cuidados de enfermería debemos estar muy atentos y fijarnos en los signos evi-

dentes que la disnea produce como es el del uso de la musculatura respiratoria accesoria.
La disnea se halla y manifiesta en el 30-40 % de todos los cánceres en situación terminal y muy avanzados y en el 65-70 % de los canceres considerados broncogénicos, en los que es un síntoma primario de que la enfermedad está en fase avanzada.
La disnea suele aparecer sobre las ultimas semanas o días de la evolución de distintas enfermedades y suele ir acompañada de un proceso muy avanzado de fallo multiorgánico, observándose así, como un factor del mal pronóstico y sobre todo a muy corto plazo en los cuales también deberemos de tener especial cuidado a la hora de cuidar y observar las consecuencias de la falta de oxígeno en la piel.
Es muy normal encontrarnos con paciente paliativos bronquíticos crónicos acostumbrados totalmente a unos grados de disnea incapacitantes para la realización de las muchas actividades de la vida diaria (1).

## 2 Objetivos

- Conocer las pautas para paliar complicaciones como la disnea en los cuidados paliativos.
- Exponer como saber detectar y cuidar los síntomas y posibles complicaciones tanto en la disnea como en los cuidados de la piel en el paciente paliativo.

## 3 Metodología

Para elaborar este trabajo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en un 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 paliativos, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas

## 4 Resultados

En la disnea la falta de aire o dificultad a la hora de respirar puede aparecer incluso en el reposo o en las situaciones de realizar un esfuerzo. Si nos encontramos en esta situación debemos saber como Técnicos en cuidados de enfermería las medidas a tomar sobre todo en los enfermos paliativos debido a su gran predisposición a padecer disnea.

- Proporcionar compañía al paciente paliativo con demostración de tranquilad, dirigiéndole y enseñándole en técnicas de relajación y a la hora de controlar la respiración.
- Debemos tener las ventanas abiertas, sobre todo las que se encuentren más cercanas y próximas al paciente paliativo, porque el sentir aire fresco y ventilar la habitación puede ayudar a no sentir tanto la sensación de falta aire.
- si tuviera pautada la oxigenoterapia, debemos vigilar y confirmar el buen funcionamiento de esta.
- Realización de cambios posturales para aliviar, esa sensación de falta de aire.

Un cometido importante para el Técnico en cuidados auxiliares de enfermería será realizar correctamente un buen aseo corporal y mantener en lo posible en buen estado la piel del paciente paliativo ya que debido a la inmovilidad, padecimiento y medicación suelen ser mucho más vulnerables de padecer úlceras o lesiones debidas a la sequedad y a la falta de oxígeno derivada de la disnea. Comprobar y ayudar a conservar la integridad cutánea y que va a depender en gran medida de los cuidados que realicemos sobre la higiene, la piel y posturas correctas en el paciente paliativo:

- La piel del paciente paliativo se debe conservar siempre seca. Y cuando sequemos lo realizaremos en suaves toques, nunca frotar o friccionar y siempre será con tejido de suave algodón.
- Las zonas con prominencias óseas refiriéndose a las partes más declives del cuerpo deben estar en continua vigilancia por su predisposición a la ulceración. Estas zonas se deberán proteger, además de con los cambios posturales con almohadas o accesorios que alivien la presión
- Mantener una hidratación óptima de la piel. Usar para ello lociones o emulsiones aceitosas y muy hidratantes pero exentas de aromas para no ocasionar molestias al paciente.
- Avisar con rapidez al personal de enfermería si vemos signos de rojez o piel predispuesta a ulcerar, para poner solución lo antes posible.

## 5 Discusión-Conclusión

Observamos y llegamos a la conclusión en esta descripción de las pautas y procedimientos en lo referente a la disnea y cuidados de la piel del paciente paliativo, la vital importancia del trabajo que se realiza y las competencias del Técnico en cuidados auxiliares de enfermería, a la hora de aliviar síntomas como la dificultad respiratoria y procurar un confort tanto en higiene como en la piel y cambios posturales ,dentro de las posibilidades materiales y técnicas y sobre todo de la

situación el paciente paliativo a la que se consagran estos cuidados, destacamos que la observación del paciente paliativo por nuestra parte es vital para el enfermo por que seremos los primeros que veremos los signos y síntomas tanto de la dificultad respiratoria como de posibles principios de úlcera o de malestar en el paciente paliativo, lo cual deberemos de informar con rapidez y profesionalidad al responsable superior inmediato, para solucionar o aliviar la situación, y ofrecer la mejor atención posible a estos enfermos.

## 6 Bibliografía

1. https://www.secpal.com/biblioteca_guia-cuidados-paliativos_10-tratamiento-de-sintomas-respiratorios
2. https://cuidadospaliativos.info/cuidados-paliativos-y-enfermeria/cuidados-de-la-piel/
3. Silva O Rafael. Fenotipos clínicos en enfermedad pulmonar obstructiva crónica: ¿volver al futuro?. Rev. méd. Chile [Internet]. 2012 Jul [citado 2022 Abr 07] ; 140( 7 ): 926-933. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872012000700016&lng=es.
http://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872012000700016.
4. González Aguilera Julio César, Mengana Medina Martha Delfina, Vázquez Belizón Yoleinis Esperanza, Dorta Rodríguez Edelcio, Algas Hechavarría Luis Antonio. Manifestaciones cutáneas por choque séptico en una adulta. MEDISAN [Internet]. 2015 Mayo [citado 2022 Abr 07] ; 19( 5 ): 638-644. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192015000500009&lng=es.

## Capítulo 125

# FUNCIONES Y PAPEL DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) EN LA UNIDAD DE ICTUS

FRANCISCA CAMPOS MUÑOZ

GEMA TORIBIO VALIENTE

FRANCISCA NAHARRO SERRANO

ANTONIA PEINADO CASTILLO

INMACULADA LOPEZ ORTEGA

## 1 Introducción

El ictus es la principal causa de daño cerebral adquirido (DCA). Se produce por la interrupción del flujo sanguíneo en alguna zona del cerebro, que provoca la pérdida de alguna capacidad asociada a esa zona.

Se suele presentar de forma brusca y repentina, pero es resultado de unos hábitos de vida y circunstancias poco saludables.

Existen otros factores de riesgo como la edad (mayores de 60 años), más incidencia en hombres que en mujeres (aunque la mortalidad es mayor en mujeres) y tener antecedentes de ictus en la familia.

Se distinguen dos tipos de ictus:

-Ictus isquémico: producido por la obstrucción de vasos sanguíneos que impiden el riego en una parte del cerebro.
-Ictus hemorrágico: causado por la rotura de ramas arteriales y la consiguiente hemorragia cerebral. Se producen con menor frecuencia, pero su tasa de mortalidad es mayor. Los cuidados en su fase aguda están muy desarrollados, y se requiere una intervención multidisciplinar.

En la hospitalización se analiza la movilización perdida y conservada. Tras esto se planifican los cuidados y movilizaciones óptimas durante y post-ingreso. Tras el alta hospitalaria, se enseñará al paciente, familia y cuidadores una serie de pautas necesarias para su máxima recuperación incluyendo la dieta y ejercicios.

## 2 Objetivos

-Describir por qué motivos se produce el accidente cerebrovascular o ictus, además explicaremos los riesgos del ictus y su prevención.
-Explicar detalladamente qué cuidados otorgarán los técnicos en cuidados de enfermería a los pacientes que han sufrido un accidente cerebrovascular (ictus).

## 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 ictus, o accidente cerebrovascular (ACV), se origina por una disminución o una interrupción del riego sanguíneo en una parte del cerebro. Como consecuencia de ello el tejido cerebral deja de recibir el oxígeno y los nutrientes que necesita, ocasionando la muerte de las células cerebrales en cuestión de minutos.

Mantener bajo control determinados factores de riesgo tiene un papel muy importante en la prevención del ictus, en especial del ictus isquémico, que es uno

de los dos tipos de ictus.

Riesgos del ictus y su prevención:

El ictus isquémico está originado por la oclusión de una arteria que impide la circulación normal de la sangre, mientras que el ictus hemorrágico se produce por la rotura o filtración de un vaso sanguíneo que provoca el sangrado cerebral. El 80% de los ictus se pueden prevenir con el control de los factores de riesgo.

Está claro que existen algunos que no dependen de nosotros, como la edad. Pero hay otros que pueden modificarse mediante tratamientos médicos o cambios en el estilo de vida. Según la reciente publicación, la mayoría de estos factores de riesgo modificables coinciden con los riesgos de sufrir una enfermedad coronaria, también de tipo isquémico, y se distinguen dos clases:

Riesgos establecidos, entre los que están:

- La tensión arterial alta o hipertensión.
- La diabetes mellitus.
- Fumar.
- La fibrilación auricular, que es un tipo de arritmia cardiaca.
- La anemia falciforme, que es una anomalía en la sangre.
- Hiperlipidemia, que es una alteración metabólica.
- La estenosis carotidea, que es un estrechamiento de la arteria carótida.

Riesgos potenciales, que son:

- La obesidad.
- El sedentarismo.
- La intolerancia a la glucosa.
- La insuficiente nutrición.
- El excesivo consumo de alcohol.
- La apnea del sueño.
- Formación de coágulos.

Claves para prevenir el ictus:

Es importante tener un buen estado de salud para evitar esta lesión cerebral. En este sentido, nuestros neurólogos nos recomiendan estas ocho pautas:

1. Controlar la tensión arterial.

2. Reducir el consumo de colesterol y grasas saturadas en la alimentación, para disminuir potencialmente la acumulación en las arterias.
3. Dejar el tabaco.
4. Vigilar la diabetes: tratar de mantener un nivel adecuado de glucosa en la sangre.
5. Cuidar el peso; la obesidad es el principal factor de riesgo del ictus.
6. Incluir frutas y verduras en la dieta, cinco o más porciones cada día.
7. Practicar ejercicio con regularidad, si es de tipo aeróbico, ayuda a disminuir la probabilidad de sufrir un accidente cerebrovascular.
8. Limitar el consumo de bebidas alcohólicas.

Cuáles son los síntomas de un ictus, atención a estas señales de alerta:

-Problemas para hablar o comprender lo que te están diciendo otras personas.
-Parálisis facial o entumecimiento de un brazo o de una pierna.
-Sin visión en uno de los ojos, o en los dos, o visión borrosa o doble.
-Dolor de cabeza de forma muy intensa y además vómitos, mareos o trastornos del conocimiento.
-Inestabilidad en la marcha: no se puede andar, se tropieza, se pierde el equilibrio, marearse o presentar falta de coordinación.
-Al sonreír se cae un lado de la boca.

¿Qué hay que hacer en caso de ictus?:

Es un motivo de consulta de urgencias, así que, ante los síntomas anteriores, hay que acudir al centro hospitalario y no posponer. Cuanto más tiempo se tarde en tratar un accidente cerebrovascular, mayores son las posibilidades de daños cerebrales irreversibles. Hay que realizar un escáner cerebral del tipo de ictus isquémico.

El TCAE debe prestar los siguientes cuidados al paciente con Ictus:

1. Higiene y cuidados de la piel:
Mantener una buena higiene es importante para evitar infecciones y para la autoestima, especialmente en aquellas personas que presentan incontinencia urinaria y fecal. Se aconseja asearse todos los días y, si es posible, en el baño. En caso de no poder, lo haríamos en la cama. Se intentará fortalecer la independencia de la persona. Ayudaremos en lo que él/ella no pueda.
2. Cuidados de la boca:

Recomendaciones generales: Valorar el estado de la boca diariamente (boca sucia, infecciones, hongos, heridas, dolor, sangrado, restos de comida).

Higiene bucal: limpieza de boca antes y después de las comidas, con un cepillo suave (es el utensilio más eficaz), tanto para los dientes y dentadura postiza como para la lengua. Intentar mantener la boca húmeda. Dependiendo de la situación del enfermo valorar la manera de conseguirlo (beber pequeños sorbos, dar agua con cucharilla o pulverizador, utilizar polos, humedecer con infusiones, utilizar esponja bucal o gasas).

Cuidados específicos para prótesis dentales.
Hidratación de los labios con cacao, cremas hidratantes, aceite de oliva, etc. Evitar vaselina.

3. El vestido:

Es conveniente potenciar la autonomía y solo se le ayudará en lo que no pueda realizar.

Algunas de estas recomendaciones pueden serle útiles:

- Disponer de toda la ropa en orden de uso.
- Empezar a vestirse por la extremidad afectada y desvestirse por la no afectada.
- Es mejor vestirse sentado y si es necesario sujetar al paciente.
- Es mejor utilizar prendas prácticas, cómodas y ajustadas para evitar tropiezos (ropa deportiva, elástica, velcro).
- Las zapatillas tienen que ser cerradas y con velcro. Las abiertas están prohibidas.
- Se aconseja utilizar calzadores de mango largo para calzarse.

4. Prevención de úlceras por presión:

La falta de movilidad, el mantener mucho tiempo la misma postura y el roce de las sábanas, pueden llegar a producir heridas o úlceras en la piel.

## 5 Discusión-Conclusión

Como conclusión y tal como hemos explicado en el anterior apartado de resultados, podemos afirmar que:

1. El ictus de origen isquémico es una de las enfermedades cerebrovasculares más frecuentes en la población mundial, convirtiéndose en el principal motivo

de discapacidad, dependencia y mortalidad en la edad adulta.
2. La mortalidad y la discapacidad están descendiendo de manera significativa gracias a la implantación del Código Ictus, a la creación de Unidades de Ictus en los hospitales y a la formación especializada de los profesionales sanitarios.
3. La presencia de factores de riesgo tanto modificables como no modificables aumenta la probabilidad de padecer ictus. Destacar la importancia de la Educación para la Salud, ya que nos va a permitir concienciar a la población de la gravedad de la enfermedad e insistir en las medidas de prevención primaria con el objetivo de evitar la aparición de los factores de riesgo cardiovasculares.
4. Reconocer los síntomas propios del ictus permite determinar el diagnóstico y establecer el tratamiento de forma inmediata. La actuación rápida del paciente, de la familia y de los profesionales sanitarios va encaminada a minimizar el daño cerebral, evitar las posibles complicaciones y mejorar su rehabilitación.

## 6 Bibliografía

1.http://www.srhta-rv.org/page/htaypacientes/pacientes/ictusaccidentecerebrovascular
2.https://www.codem.es/actualidad/unidad-de-ictus-enfermeria.
3.http://www.amn-web.com/documentos/manual-para-enfermeria-en-ictus.pdf
4.http://www.hubstroke.com/escalas-ictus/escala-funcional-en-seguimiento/
5.http://www.rogelioleira.es/neurologo-especialista-articulos-aproximacionclinica-al-paciente-con-ictus-evaluacion-general-y-neurologica/
6.http://formaciones.elmedicointeractivo.com/emiold/aula2002/tema9/vgeriatricaa2.php

## Capítulo 126

# LA ESTERILIZACIÓN: CONCEPTOS Y EMBALAJAES POR EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE)

FRANCISCA CAMPOS MUÑOZ

GEMA TORIBIO VALIENTE

FRANCISCA NAHARRO SERRANO

ANTONIA PEINADO CASTILLO

INMACULADA LOPEZ ORTEGA

## 1 Introducción

Como introducción expondremos una serie de términos importantes relacionados con la esterilización y los sistemas de embalaje.

-Microbicida o Germicida: Agente capaz de destruir microorganismos (ambos, son sinónimos).
-Bactericida: capaz de matar bacterias.
-Viricida: capaz de eliminar virus.
-Fungicida: capaz de matar hongos.
-Esporicidas: capaz de eliminar esporas.

Agentes esterilizantes

-Acción bactericida, esporicida, viricida y fungicida.
-Alto poder de penetración tanto en el interior de los paquetes como en los dispositivos de los médicos.
-Nulo riesgo para el paciente, el trabajador y el medio ambiente.

¿Qué factores influyen en la efectividad de los antibacterianos?

-Características microbianas: Dependiendo del microorganismo se usan diferentes métodos para poder eliminarlo. Son más resistentes.
-Número de microorganismos: A mayor carga microbiana inicial, mayor tiempo para eliminar a toda la población.
-Tiempo de exposición: aumenta para microorganismos más resistentes o endosporas.
-Influencias ambientales: las propiedades físicas y químicas del medio o sustancias donde se encuentran los microorganismos tienen una profunda influencia de la destrucción microbiana. Por ejemplo, el calor es mucho más eficaz en materiales ácidos que materiales alcalinos.

SISTEMA DE EMBALAJE DEL MATERIAL DE ESTERILIZACIÓN:
Antes de esterilizar los materiales, se empaquetan convenientemente para impedir el paso de los gérmenes una vez completado el proceso. (los paquetes permiten el paso del agente químico, de los gases aire, pero impide la entrada de microorganismos. Ej.: igual que las mascarillas)

## 2 Objetivos

Conocer como personal sanitario titulado en técnico en cuidados auxiliares de enfermería que realiza sus funciones en un centro hospitalario cómo se debe preparar el material de esterilización, conociendo los conceptos básicos y el sistema de embalaje del mismo material.

## 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

Proceso de Embalaje
Antes de esterilizar los materiales, se realiza el proceso de Embalaje. En este proceso se empaquetan convenientemente para impedir el paso de los gérmenes una vez completado el proceso (los paquetes permiten el paso del agente químico, de los gases aire, pero impide la entrada de microorganismos. Ej.: igual que las mascarillas).
Las características del embalaje y las pautas a tener en cuenta para el adecuado proceso de de embalaje son:
- Debe de ser ligero y sin sustancias que dañen al paciente o a la persona que lo manipula.
- Impermeable, para permitir el proceso de esterilización en todas sus fases.
- Hermético, para impedir la entrada de microorganismos.
- Resistente a altas presiones, el aire, la humedad y la manipulación del producto, sin que se produzcan daños ni roturas.
- El papel: Tiene que ser compatible con la autoclave, pero no se considera una barrera eficiente porque no se impermeabiliza.
- Papel crepado: Es una fibra no tejida, compatible con la autoclave y óxido de etileno que posee propiedades de flexibilidad, resistencia y amoldamiento. Además, es repelente al agua. Se hace poroso durante la esterilización. Se usa generalmente para envolver paquetes de mayor volumen, en reemplazo de la tela.
- Bolsa mixta: Por una cara, de papel y por la otra de plástico que permite ver el contenido. Compatibles con la autoclave, el oxígeno de etileno y el peróxido de hidrogeno.
- Contenedores rígidos: de aluminio, con un sistema de filtros que pueden ser de teflón o de papel. También existen contenedores perforados con filtro, que van a la autoclave y son resistentes a las presiones.

¿Cómo se organizará el set de embalaje?

-Todos los instrumentos y piezas que se incluyan en el set deben estar en perfecto estado y funcionar correctamente, de lo contrario, deberán sustituirse.
-Los distintos elementos del set deberán agruparse por función, por ejemplo, todas las pinzas hemostáticas juntas, todas las tijeras de corte juntas, etc.

-Al organizar el set, se tendrá en cuenta también el tamaño, es decir, cada conjunto de elementos con la misma función se ordenará de menor a mayor tamaño.
-Si el set incluye instrumental que presenta distintas piezas que pueden utilizarse de forma conjunta o separada, todas estas piezas se incluirán juntas y ensambladas.
-Todo el instrumental debe disponerse de tal manera que facilite la entrada y penetración del agente esterilizante, por ello, siempre deberá dejarse un pequeño espacio entre las piezas y las distintas partes de una misma pieza, aunque siempre optimizando al máximo el espacio.
-El material incluido nunca debe superar el 70% del volumen del contenedor, y su distribución nunca impedirá ni interferirá en su cierre hermético.

## 5 Discusión-Conclusión

En conclusión y tal como hemos visto en el anterior apartado del presente capítulo (resultados) se ha aprendido como personal sanitario titulado en técnico en cuidados auxiliares de enfermería que realiza sus funciones en un centro hospitalario cómo se debe preparar el material de esterilización, conociendo los conceptos básicos y el sistema de embalaje del mismo. Se sabe cuáles son los términos más importantes y su definición respecto a la esterilización. Además, ha sido especificado cuáles son los factores que influyen en la efectividad de los antibacterianos y también conocemos cuál es el sistema de embalaje de los materiales para esterilizar. Por último sabemos cómo debemos organizar el set, asegurándonos de que todos los materiales se encuentren en perfecto estado.

## 6 Bibliografía

1. LIMPIEZA Y DESINFECCIÓN DE SUPERFICIES HOSPITALARIAS - Traducción: Lic. Lourdes Díaz; Lic. Lucía García; Lic. Silvia Guerra (diciembre 2010) https://www.cocemi.com.uy/docs/limpiezahosp_dic2010.pdf
2. UNIDAD CENTRAL DE ESTERILIZACIÓN -Junta de Andalucia (15 de septiembre 2016) https://www.picuida.es/unidad-central-de-esterilizacion-estandaresy-recomendaciones

## Capítulo 127

# TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) Y LA IMPORTANCIA DEL AGUA EN EL ORGANISMO

FRANCISCA CAMPOS MUÑOZ

GEMA TORIBIO VALIENTE

FRANCISCA NAHARRO SERRANO

ANTONIA PEINADO CASTILLO

INMACULADA LOPEZ ORTEGA

## 1 Introducción

La importancia que tiene el agua en el organismo es tal que sin el agua no podríamos vivir ni mantener nuestro cuerpo en correcto y adecuado funcionamiento y equilibrio idóneo homeostático, y que esto es debido a que el agua representa el 60% de la totalidad del peso corporal de un ser humano. El cual por supuesto estará en variación en dependencia notable de acuerdo con la edad (los recién nacidos o neonatos y las personas mayores tienen un mayor riesgo de deshidratación), el sexo (la población del género femenino tiene un menor contenido de agua en su organismo agua) y el tejido adiposo (a mayor cantidad de tejido adiposo menor será el porcentaje de agua).

Esta agua del interior del organismo y de lo que se compone el cuerpo en un 60% se ve especialmente repartido en dos compartimentos:

-Tenemos el compartimento intracelular: representa aproximadamente las dos terceras partes del total del agua corporal completo. Su composición es muy rica en potasio, fosfato o de magnesio y proteínas; es pobre en sodio, cloro y calcio.

-Y además el compartimento extracelular: en este se representa una tercera parte del agua del total organismo. En el cual abunda el cloro, sodio y bicarbonato.

## 2 Objetivos

Describir el funcionamiento y la relevancia del agua en el organismo humano y de qué mecanismos dispone el cuerpo para el control del agua en los dos compartimentos de los que se compone tanto el compartimento intracelular y el compartimento extracelular.

## 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

Como se expuso anteriormente en la introducción de este presente capítulo, los dos compartimentos de los que se compone es en estas diferencias iónicas las que son fundamentales para los potenciales de situación de reposo y la excitación celular. El agua actuara pasando de un compartimento a otro de una forma pasiva gracias a estos gradientes, aunque el organismo ya dispone de mecanismos para que estos se mantengan y estén debidamente siempre constantes. Estos mecanismos son principalmente dos: el ajuste de la ingesta por parte del aparato digestivo (sed y apetito) y el ajuste de la eliminación por el riñón. El riñón ajusta la cantidad de agua y electrolitos en función de los volúmenes de los líquidos del organismo. Sin embargo, los otros mecanismos lo hacen, pero tienen otras funciones: la termorregulación (sudor), la eliminación de restos no digeribles (heces)

y la hidratación del epitelio respiratorio (respiración); y la cantidad de agua eliminada varía en función de muchos factores (temperatura, humedad, ejercicio). Por ello, para mantener constante la cantidad de agua del organismo, cada día ha de equilibrarse la cantidad ingerida y eliminada a través de los diversos sistemas. Las necesidades de agua diarias varían, pero en condiciones normales se necesitan unos 35 ml/kg peso en el adulto y de 50 a 60 ml/kg peso en lactantes. Esta cantidad de agua no solo proviene de la ingesta de líquidos sino también del agua contenida en los alimentos sólidos. Cuando la ingesta de agua es menor que la eliminación es cuando se produce la deshidratación (sobre todo en ancianos y niños). El consumo de agua es controlado por el mecanismo de la sed mediante estímulos al cerebro que ordenan las ganas de beber agua.

## 5 Discusión-Conclusión

De lo que extraemos y llegamos a la conclusión en este artículo es de la vital importancia que tiene el agua en el interior del organismo, en el cual tenemos el compartimento intracelular que representa aproximadamente las dos terceras partes del total del agua corporal completo, además, del compartimento extracelular: en este se representa una tercera parte del agua del total organismo, los dos compartimentos de los que se compone es en estas diferencias iónicas las que son fundamentales para los potenciales de situación de reposo y la excitación celular y el ajuste de la eliminación por el riñón los otros mecanismos lo hacen pero tienen otras funciones: la termorregulación (sudor), la eliminación de restos no digeribles (heces), la hidratación del epitelio respiratorio (respiración) temperatura, humedad, ejercicio). Por ello, para mantener constante la cantidad de agua del organismo, será de suma importancia la ingesta correcta de agua.

## 6 Bibliografía

1. https://www.clinicalascondes.cl/BLOG/Listado/Gastroenterologia/importancia-agua
2. https://www.fundacionaquae.org/wiki-explora/40_vida/index.html
3.https://www.normon.es/articulo-blog/la-hidratacion-y-su-importancia-paranuestro-organismo
4. http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0212-16112020000700026

## Capítulo 128

# DIFERENTES TÉCNICAS DE ALIMENTACIÓN AL PACIENTE

MARÍA CAMPOS DIEGUEZ

ISAMAR BARBERO ARENAS

INMACULADA VENTAS DIAZ

## 1 Introducción

En casi la totalidad de los servicios hospitalarios nos encontramos a pacientes con diferentes tipos de asistencia, la alimentación es la más habitual y una de las más importantes, en las cuáles las auxiliares de enfermería están muy especializadas y muy dedicadas a ello. Vamos a hablar de las labores de estás últimas y de los diferentes tipos de alimentación que nos vamos a encontrar.

La alimentación por vía oral es la técnica habitual para administrar los nutrientes y alimentos, pero en algunas circunstancias por motivos de salud, el paciente no es capaz de alimentarse por sí mismo.
El técnico en cuidados auxiliares es el encargado de ayudar y vigilar al paciente en esta tarea cuando su estado de salud se lo impide y poder vigilar sus posibles complicaciones.
Dependiendo de la situación de cada paciente la alimentación se puede administrar por tres vías:
-Alimentación por vía oral
-Alimentación enteral
-Alimentación parenteral

No debemos olvidarnos que el auxiliar de enfermería también debe apoyar la asistencia en relación con la lactancia materna, lo que conlleva tener conocimientos también de cuidados a niños recién nacidos con una buena salud y en la que los progenitores no puedan hacerlo y en neonatos, alguno los cuáles tienen alguna patología de nacimiento.

## 2 Objetivos

-Conocer las diferentes técnicas de alimentación.
-Describir cómo proporcionar al paciente los nutrientes necesarios según sus necesidades.

## 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

La alimentación oral es la vía tradicional por la que administrar los alimentos y nutrientes, si el paciente pudiera realizar solo esta tarea seguiremos los siguientes pasos:
Lávate las manos.

Explica al paciente la dieta.
Si el paciente necesitará ayuda para levantarse colocale en posición fowler o sentado.
Coloque la mesa auxiliar y verifique que la bandeja corresponde al paciente.
Compruebe la presentación de los alimentos.
Si el paciente necesitará ayuda, trocea la comida en tamaños fáciles de masticar.
Al finalizar observa la cantidad de comida ingerida.
Si por el contrario el paciente no pudiera comer solo los pasos a seguir serian los siguientes:
Lavate las manos y explica al paciente que vas a traer la comida.

Coloque al paciente en la cama.
Compruebe la presentación de los alimentos
Administra la dieta prescrita al paciente respetando la masticación y deglución.
Una vez terminado limpie al paciente la boca si es necesario
Ofrezca agua
Si el paciente tiene alguna negativa sobre la dieta comuníquelo a sus superiores
Retire de la bandeja
Al finalizar realice la higiene bucal del paciente

En la nutrición enteral es la administración de los nutrientes a través de una sonda que estará alojada en alguna de las partes del tubo digestivo.
Existen dos vías de sondaje:
-Sondaje sin técnica quirúrgica:
Sondaje nasogastrico
Sondaje nasoduodenal
Sondaje nasoyeyunal
-Sondaje con técnica quirúrgica:
Faringotomia cervical
Esofagostomia
Gastrostomía
Duodenostomía
Yeyunostomía
La pauta que se debe administrar en la alimentación de un paciente con sonda debe ser la indicada por el médico.
Las formas de administrar la alimentación por sonda más habituales son: por el método manual, la perfusión intermitente y la perfusión continua.
-Método manual: mediante bolos de nutrición a través de una jeringa, se le administra al paciente un volumen de 200 a 400 ml durando alrededor de 10 a 15 min. Para este procedimiento seguiremos los siguientes pasos:
Explicar el procedimiento al paciente
Eleva la cama unos 40º durante la administración y unos 30 minutos después de la toma.
Antes de comenzar la toma aspira la posible existencia de contenido gástrico y lava la sonda con 30 ml de agua.
Conecta la jeringa a la sonda y administra la dieta.
Después de la toma, lava la sonda con unos 50 ml de agua y coloca el tapón.
Limpia el área del material utilizado
Por último observaremos la tolerancia a la dieta o cualquier otro dato de interés.

-Perfusión intermitente: Se puede administrar en bolos o por sistema de goteo conectado a la bolsa de alimentación.
Esto permite mayor libertad de movimiento al paciente.
El ritmo de la perfusión debe ser mayor a los 300 mL/h.
La dieta debe ser conservada en el frigorífico hasta media hora antes de su administración.
-Perfusión continua: administración del alimento por medio gastrointestinal de forma continuada durante un periodo de tiempo mayor de una hora.

La nutrición enteral se realiza cuando la alimentación por vía oral o por sonda es imposible, consiste en el aporte de la dieta por vía endovenosa.
Indicada para todos aquellos pacientes que no pueden comer, como los pacientes en coma, con sepsis, enfermos oncológicos,..
El médico es quien establece el tipo de nutrición que se debe administrar y se suele preparar en el servicio de farmacia del hospital con una técnica aséptica.

Por último el auxiliar de enfermería en la lactancia materna tiene los siguientes cometidos:
Orientar a la madres.
Mantener un ambiente relajado.
Proporcionar los conocimientos necesarios a la madre y personas cercanas y resolver las posibles dudas.
El encargado de preparar, administrar, limpiar y esterilizar los biberones y tetinas es el auxiliar de enfermería.

## 5 Discusión-Conclusión

Reconoceremos cómo podemos ayudar en la alimentación del paciente cuando no es autosuficiente para ello y la importancia del papel del auxiliar de enfermería.
Por ello es necesario que el técnico en cuidados auxiliares de enfermería tenga una buena formación para identificar las diferentes implantaciones de la nutrición enteral y los diferentes tipos de dietas.
Así como la preparación de todo el material necesario a utilizar en las técnicas y observar las posibles complicaciones durante la colocación o administración.
Sin olvidar el papel a realizar en los cuidados de la lactancia materna en la alimentación del biberón y los cuidados a realizar en el pezón de la madre.
En conclusión creo que es una técnica importante que se debe conocer ya que se utiliza en el día a día.

# 6 Bibliografía

1.https://enfamilia.aeped.es/temas-salud/nutricion-enteral-parenteral-que-son-para-que-sirven.
2.http://cuidados20.san.gva.es/documents/16605/18109/03+-+Procedimientos+relacionados+con+la+alimentaci%C3%B3n.pdf.

## Capítulo 129

# PROCEDIMIENTOS DIAGNOSTICOS

INMACULADA VENTAS DIAZ

ISAMAR BARBERO ARENAS

MARÍA CAMPOS DIEGUEZ

## 1 Introducción

Son pruebas funcionales y técnicas de exploración y registro que forman un complemento importante para poder llegar a un diagnostico por parte del medico.
También el diagnostico sirve para planificar un tratamiento, que tiene como finalidad reestablecer la salud del paciente, evitar complicaciones o secuelas y cuando esto no es posible favorecer el bienestar y su calidad de vida.
La mayor parte de los procedimientos diagnósticos se llevan a cabo en una consulta, pero algunos de ellos requieren un servicio especializado para realizarla.

FUNCIONES DEL TECNICO AUXILIAR DE ENFERMERIA DURANTE LA EXPLORACIÓN.
Recibir y orientar al paciente
Velar por su intimidad, se cubrirá al paciente con una sabana y solo se descubrirá la parte que se vaya a explorar.
Preparar el equipo e instrumento según los protocolos de exploración
No abandonar la habitación durante la realización de la prueba.
Al finalizar las pruebas se ayudara al paciente a levantarse y vestirse.
Clasificación de las pruebas diagnósticas.

Las técnicas diagnósticas se utilizan para conseguir datos distintos de los aparatos y sistemas. Una clasificación posible es la que tiene en cuenta el sistema o aparato sobre el que se aplica. Así tendríamos:

Sistema músculo-esquelético.
Pruebas radiológicas.
Radiografía simple.
Artografía.
Tomografía axial computerizada (T.A.C.).

Sistema circulatorio.
Pruebas radiológicas.
Rx. simple.
Rx. de contraste.
TAC.

Aparato respiratorio.
Espirometría.
Gasometría arterial.
Broncoscopia.

Aparato urinario.
Angiografía renal.
Pielografía o urografía intravenosa.
Cistouretrografía excretora.
Ecografía.

Aparato digestivo.
Pruebas radiológicas.
Radiografías de contraste.
Enema paco.
Pruebas de endoscopia.
Gastroscopia.
Colonoscopia.
Rectoscopia.

Sistema nervioso.
TAC.
Gammaencefalografía.
Ecoencefalograma.

Electromiograma.
Punción lumbar.

Aparato genital femenino.
Mamografía.
Laparoscopia.
Biopsias.
Citologia cervico- vaginal

Aparato genital masculino.
Ecografías.
Espermiograma.
Biopsias.

## 2 Objetivos

Conocer las características de los procedimientos mas habituales para colaborar con el procedimiento previo del paciente.
Describir en cada prueba si es necesario una recogida de muestras y su adecuada conservación.
Exponer la preparación del material y la función del técnico en cuidados auxiliares de enfermería en sus respectivas pruebas

## 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

FUNCIONES DEL TECNICO DE AUXILIAR DE ENFERMERIA EN LOS SERVICIOS DE RADIOLOGIA:
Ayudar al personal sanitario titulado en la atencion de los pacientes.
Ayudar en la preparacion de los chasis radiologicos.

Colaborar en el flujo de pacientes entre las salas de espera, las cabinas para desnudarse y las salas de exploración.
Mantener limpias y con el material suficiente para las pruebas a realizar.
Colaborar para colocar al paciente, cuando sea necesario.
Ayudar a todas las actividades que faciliten el trabajo del medico y de la enfermeria.
FUNCIONES DEL AUXILIAR DE ENFERMERIA EN LAS TECNICAS DE FIBROENDOSCOPIA:
-Antes de la prueba:
Sumergir la sección de la inserción del fibroscopio en una solucion desinfectante.
Comprobar que el material esta preparado.
Acomodar al paciente en la posicion adecuada según el tipo de prueba a realizar.
-Durante la prueba:
Ayudar al personal medico y de enfermeria en todo lo necesario.
-Después de la prueba:
Acomodar al paciente y limpiarle si es necesario.
Recoger el material y ordenar la habitación o sala de exploraciones para el siguiente paciente.
Limpiar el fibroscopio según el protocolo.
Enviar a esterilización el material que proceda.
FUNCIONES DEL TECNICO DE AUXILIAR DE ENFERMERIA EN LA REALIZACIÓN DEL ELECTROCARDIOGRAMA:
No necesita preparación previa del paciente solo se rasurara el bello en la zona donde se colocara los electrodos para facilitar su adherencia.
Mantener el equipo preparado enchufado para evitar que se descarguen las baterias.
Asegurarse de que tiene suficiente papel de impresion antes de ponerle en marcha.
Ayudar a colocar los electrodos.
Los electrodos tienen un codigo internacional para facilitar la correcta colocación.
Cuando se acabe la prueba ayudaremos al paciente, se ordenara la ropa de la camilla y se recogera el material empleado.
La forma de colocar los electrodos es: electrodos de miembros: miembro superior derecho:electrodo ROJO miembro superior izquierdo: electrodo AMARILLO miembro inferior derecho: electrodo NEGRO miembro inferioir izquierdo: electrodo VERDE

## 5 Discusión-Conclusión

Es fundamental que el personal sanitario conozca los protocolos para la realización de las pruebas y así conseguir disminuir los errores ya que el estudio de estas pruebas aportan información relevante para el tratamiento o diagnostico de la patología que presenta el paciente.
Para concluir se puede decir que el técnico de cuidados auxiliares de enfermería cumple una función vital dentro del servicio ya que se encuentra en cercanía con el paciente y tiene capacidad de realizar diversas funciones como recibir al paciente, ayudar a vestirle y desvestirse, ayudar al paciente a subir y bajar de la camilla de exploraciones, etc.
Deberá revisar que no falte material a la hora de realizar una prueba diagnostica y reponerlo cuando sea necesario

## 6 Bibliografía

www.mhe.es/cf/sanidadhttps://www.integraoposiciones.com/wp-content/uploads/2020/02/TCAE-Tema-12-Muestra.pdf

## Capítulo 130

# PROCEDIMIENTO DE HIGIENE Y ASEO DEL PACIENTE ENCAMADO

ISAMAR BARBERO ARENAS

INMACULADA VENTAS DIAZ

MARÍA CAMPOS DIEGUEZ

## 1 Introducción

La higiene es el conjunto de actividades que una persona realiza para mantener limpia la piel, el cabello, los dientes, las uñas, etc.
Además de evitar ulceras y prevenir la aparición de enfermedades, la higiene tiene una finalidad que lleva una serie de objetivos, cuya consecución ejerce un papel importante el auxiliar de enfermería.
El equipo de enfermería planifica y evalúa los cuidados higiénicos y de limpieza que reciben los pacientes, para mejorar su necesidad de seguridad, bienestar, de estima y autoestima. También interviene facilitando la necesidad de eliminación con el procedimiento de la cuña y la botella.
El auxiliar de enfermería cuida la relación con el paciente durante su intervención, observándole, respetando su intimidad y humanizando las tareas conseguirá aumentar el bienestar y autoaceptación del paciente.
Los pacientes presentan condiciones que afectan la piel, como edad avanzada, mala nutrición, deshidratación, mala movilidad, incontinencia, tratamientos médicos e intervenciones quirúrgicas con heridas y drenajes.
Es bueno utilizar toallas o paños húmedos desechables que no requieren enjuague con agua, para que se realice una buena higiene de la piel se utilizara distin-

tos paños para las distintas zonas del cuerpo y así evitaremos la contaminación cruzada, después seguiremos con el secado .
Nunca se echara colonias ni productos que irriten la piel .

## 2 Objetivos

Describir la importancia y el procedimiento de higiene en el paciente encamado

## 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

Para realizar el aseo encamado se llevan una serie de pautas:
• mantener la temperatura ambiente adecuada (entre 22 y 24ºC).
• El agua debe está a una temperatura sobre unos 38 y 40º.
• Evitar las corrientes de aire.
• Preparar todo el equipo necesario antes del aseo.
• Aislar al paciente del entorno, con un biombo si la habitación fuera de dos camas.
• Utilizar jabones que no irriten la piel.
• Si el paciente es varón, llamar al peluquero cuando haga falta.
• En el paciente encamado, evitar que el paciente se quede desnudo, cubriéndole con una toalla o vistiéndole, para respetar su intimidad.

PROTOCOLO DE ACTUACIÓN

Material necesario: jabón y esponja, dos palanganas, utensilios de aseo bucal, peine o cepillo, colonia, cuña y crema hidratante.

• Preparar el material y el agua.
• Lavarse las manos.
• Explicar al paciente el procedimiento, pidiendo su colaboración.

• Situar el material cerca de la cama del paciente.
• Ponerse los guantes.
• Asegurarse de que la temperatura ambiente de la habitación es adecuada y que no hay corrientes de aire. Siempre se protegerá la intimida del paciente con el uso del biombo.
• Ofrecer la cuña al paciente antes de empezar.
• Retirar la ropa de encima de la cama y colocar en su lugar una toalla de baño.
• Desnudar al paciente.
• El lavado se hará en el siguiente orden:
Afeitado- ojos -cara y orejas -cuello y hombros -brazos, manos y axilas -tórax y mamas - abdomen -piernas y pies -espalda y nalgas -región genital (debe hacerse hacia abajo y de delante hacia atrás).
• Si el aseo lo realizan dos personas, uno enjabona y aclara y la otra seca.
• Las manos y los pies pueden introducirse en la palangana para lavarlos más cómodamente.
• Cambiar el agua las veces que sea necesario.
• Después de limpiar y secar la parte anterior del cuerpo se coloca al paciente en debito prono o lateral para lavar adecuadamente la espalda y las nalgas. Una vez limpias y secas, se aplica un masaje con lección hidratante.
• Colocar de nuevo al paciente de cubito supino para la limpieza genital y para ello colocar la cuña bajo la pelvis.
• Siguiendo el orden, limpiar de lo más limpio a lo más sucio, el agua debe resbalar desde el pubis hasta el año.
• Aplicar crema hidratante sobre la piel.
• Después de finalizar el lavado procederemos a vestir al paciente con un camisón o el pijama.
• Colaborar en el aseo de la boca y el pelo si él lo pudiera realizar, y si no es una tarea a realizar el auxiliar de enfermería.
• Recoger el equipo y ordenar la habitación.
• Lavarse las manos y después notificar a la enfermera cualquier dato o anomalía.
Dentro de la higiene es también es importante hacer el Cambio de ropa de cama. para completar la higiene de la persona y conseguir unas condiciones higiénicas adecuadas para la prevención de escaras, es poder cambiar la ropa de cama, con la persona en la misma, retirando la ropa sucia y húmeda tras el aseo.
1. Colocar a la persona de lado.
2. Enrollar la entremetida y sábana bajera hasta la mitad de la cama.
3. Colocar entremetida y sábana bajera limpia.
4. Colocaremos a la persona hacia el lado limpio en decúbito lateral de nuevo.

5. Retirar entremetida y la sabana bajera sucia, y se deposita en bolsa.
6. Muy importante estirar tanto él cubre-colchón y sábana bajera y colocar las dos esquinas restantes.
7. Colocar sábana superior, colcha y manta
8. Quitar almohadón sucio y cambiarlo por el limpio.
9. Colocar a la persona en postura cómoda.
10. Colocar la cabeza de la persona.

## 5 Discusión-Conclusión

El aseo de un paciente encamado es una técnica que consiste en unas acciones que se realizan con el fin de lograr el mantenimiento de la piel en unas condiciones óptimas, y por otro lado lograr el bienestar psicosocial del paciente y el mantenimiento de su salud.
La frecuencia del aseo debe ser diaria y el lavado de pelo cada 2-3 días a la semana.
Durante el aseo se valoran varios términos: integridad de la piel, la valoración física general y además es el mejor momento para escuchar al paciente, sus sentimientos, sus miedos, etc.
Es importante el trato con el paciente durante la realización de la higiene, ya que supone una pérdida de intimidad en ese momento.

## 6 Bibliografía

1. https://revistasanitariadeinvestigacion.com/importancia-de-la-actuacion-correcta-de-tcae-en-la-higiene-de-un-paciente-encamado/
2. www.mhe.es/cf/sanidad
3. https://www.innovaasistencial.com/blog/cuidado-de-mayores/

## Capítulo 131

# EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) Y LA ADMINISTRACION DE ENEMAS AL PACIENTE ENCAMADO

VIRGINIA NATIVIDAD CHAMBI LOPEZ

MARIA JOSE BAUSELA BLANCO

OLAYA OVIAÑO GONZÁLEZ

ALEXANDRA CRISTINA CAIZA CHICAIZA

MONICA PARRES GONZALEZ

## 1 Introducción

El uso de enemas en el ámbito hospitalario es una práctica muy frecuente y habitual. El estreñimiento es el trastorno intestinal por el que más se administra el enema, con especial incidencia en mujeres y mayores de 65 años, considerando estreñimiento cuando se producen menos de tres evacuaciones intestinales por semana, hay que esforzarse para evacuar en más del 25% del total de las defecaciones, las heces son de consistencia dura, seca o con forma de bola y existe sensación de una evacuación intestinal incompleta.
Pero además del estreñimiento, los enemas se administran para diferentes fines y es el personal Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería quien está a cargo de llevar a cabo dicha administración.

Se entiende por enema a la introducción o instilación de una solución acuosa en el recto o parte inferior del colón descendente, según el propósito que se desee lograr. El término enema también da nombre al utensilio con que se realiza el procedimiento e incluso a la acción misma de introducir la solución acuosa en el organismo. Cabe destacar que esta práctica no es inocua, por lo que sólo debe realizarse bajo prescripción facultativa.
Los distintos propósitos de empleo son:
• Aliviar el estreñimiento: estimular el peristaltismo (movimiento del intestino) para extraer el contenido intestinal.
• Ablandar heces y lubricar recto y colon.
• Limpiar el recto y colón para prepararlo para procedimientos diagnósticos
• Administrar medicamentos, fluidos y/o nutrientes.

## 2 Objetivos

Establecer e identificar los diferentes tipos de enemas, sus finalidades y técnica de empleo por parte del Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería.

## 3 Metodología

Se realiza una revisión bibliográfica en bases de datos como Scielo, Cochrane, Pubmed y Google Schoolar, se han utilizado criterios de búsqueda en revistas científicas y artículos encontrados de administración de enemas y se han utilizado descriptores como: cuidados, pacientes, administración de enemas, hospital, tipos de enemas, etc..

## 4 Resultados

Un enema es una solución que se introduce mediante una cánula, en el interior del recto y el colon sigmoideo, a través del ano buscando una finalidad específica. Existen diferentes tipos de enemas, siendo útiles e importantes para cuatro motivos terapéuticos: aliviar el estreñimiento, ablandar heces y lubricar recto y colon, limpiar el recto y colon y administrar medicamentos. Los Técnicos Auxiliares de Enfermería son los encargados de su administración y es por ello que deben contribuir en la preparación y administración de los mismos, colaborando con el conocimiento científico y práctico en la aplicación de la técnica correcta.
Existen diversos tipos de enemas según el fin que se pretenda buscar:

• Enemas evacuadores o de limpieza: Son los más comunes. No se retiene la solución en el recto, sino que al cabo de unos minutos de administrarlo el paciente expulsa la solución junto con materias fecales, gases, etc. y con ellos se busca la limpieza del intestino. Se prescriben cuando existe estreñimiento, para limpiar el intestino para una prueba radiológica o para realizar una endoscopia, antes de algunas intervenciones quirúrgicas, antes de un parto…
Dentro de los evacuadores o de limpieza podemos encontrar:
• De agua jabonosa: compuesto por agua templada y jabón disuelto en ella. Se utiliza para dilatar el intestino, estimular el peristaltismo y lubricar las heces para fomentar los movimientos de intestino.
• Salino: compuesto por agua templada con una determinada proporción de sal común.
• Comerciales desechables: elaborados con soluciones hipertónicas que irritan la mucosa intestinal
• Enemas de retención: En este tipo de enemas la finalidad principal no es limpiar el intestino sino que paciente debe retener la solución en el intestino de 20 a 30 minutos para adquirir la máxima absorción del fármaco administrado. Algunos subtipos de enema de retención son:
• Enema antiséptico: posee principios activos que destruyen bacterias y gérmenes.
• Enema emoliente: tiene por finalidad lubricar y proteger la mucosa intestinal.
• Enema antihelmíntico: destruye ciertos parasitos que albergan en el intestino.
• Enema medicamentoso: Se utiliza para administrar medicamentos de acción general cuando no es posible, fácil o conveniente en el uso de la vía oral, puesto que la mucosa rectal tiene una importante irrigación y gran poder de absorción, se asegura de este modo el paso del producto administrado a la circulación sanguínea.
• También se administran esteroides por esta vía para aliviar la inflamación intestinal en pacientes con colitis ulcerosa, y antibióticos para el tratamiento de infecciones bacterianas localizadas.
• Enema alimenticio: para administrar nutrientes.
• Enema de bario o enema opaco: El bario es utilizado como una sustancia de contraste en las imágenes radiológicas y se emplea de forma habitual para facilitar el examen radiológico del intestino.
• Enema oleoso: Lubrica el recto y colon sigmoideo y protege la mucosa intestinal cuando está irritada, ablandando las heces y facilita su expulsión. Se emplea para tratar el estreñimiento crónico en especial cuando existen cefalomas y en casos de hemorroides. Suele administrar por la noche y se completa con un enema al

día siguiente.
• Lavativa de Harris o enema carminativo: facilita la expulsión de los gases intestinales.
Es importante saber que no se deben administrar enemas en situaciones de trauma abdominal reciente, peritonitis, cirugía abdominal reciente y apendicitis.
Para llevar a cabo la técnica de administración de un enema hay que seguir un protocolo donde se ha de tener en cuenta una serie de consideraciones:
• Posición del enfermo: se debe colocar al paciente en decúbito lateral izquierdo con las rodillas flexionadas (Posición de Sims). Se le puede colocar una almohada debajo de la cabeza para que se encuentre más cómodo.
• Temperatura del enema: a la hora de introducirlo, el líquido debe estar entre 37º- 40º Cº, jamás por encima de los 41º Cº, puesto que puede causar lesiones en la mucosa intestinal.
• Cantidad y composición del líquido: depende del tipo de enema a administrar puesto que cada uno tiene una finalidad diferente.
• Presión: la presión la ejerce la gravedad puesto que cuanto más alto se coloque el irrigador con relación al nivel en que está el recto, mayor será la presión con que el líquido penetra en el intestino. Hay que evitar siempre el exceso de presión, siendo conveniente que la altura no supere a los 35-45 cm para que el líquido penetre lentamente
• Formas de administración: mediante pera de agua, irrigador ó preparados comerciales.
El equipo necesario que el Técnico Auxiliar en Cuidados de Enfermería debe tener para la administración es: irrigador, tubo de conexión, cánula o sonda, pinza de clamp, salvacamas, lubricante, cuña y soporte. Siempre antes de administrar un enema hay que comprobar la prescripción médica. Una vez que el material esté preparado y comprobada la prescripción se procederá a realizar la técnica.
Las pautas a seguir son:
• Preparar la solución prescrita a la temperatura adecuada (entre 37º – 40º Cº)
• Trasladar el material al lado del paciente.
• Lavarse las manos y colocarse guantes de un solo uso.
• Informar al paciente sobre el procedimiento a realizar y los motivos de la administración, solicitando su consentimiento.
• Indicar al paciente que evacue la vejiga (disminuye la incomodidad del procedimiento) Guardar la intimidad del paciente y informarle del procedimiento que se le vea realizar.
• Colocar en Posición de Sims al paciente, poniéndole un salvacamas bajo sus nalgas y caderas para evitar ensuciar la cama.

• Realizar, si es necesario, higiene de los genitales y de la zona anal.
• Colocar el soporte del sistema de enema a una altura de 40 cm aproximadamente por encima del ano.
• Conectar la sonda rectal al sistema de irrigación.
• Purgar el sistema y pinzarlo.
• Realizar la técnica del sondaje rectal. La longitud de la sonda a introducir será de 7´5 a 10 centímetros en adultos, de 5 a 7´5 centímetros en niños y de 2´5 a 3´75 centímetros en lactantes. Lubricar la punta de la sonda e insertar suavemente el catéter en el recto en dirección hacia arriba y atrás. Nunca forzar la inserción de la sonda.
• Despinzar el sistema y administrar la solución.
• Si el paciente se queja de dolor o de incapacidad para mantener el enema, detener el flujo de líquido y darle instrucciones para que respire profundamente, luego comenzar de nuevo lentamente.
• Una vez instilada la solución, retirar la sonda.
• El paciente tendrá que retener la irrigación durante 5-10 minutos en enemas de limpieza o durante el tiempo prescrito en enemas de retención.
• Si el paciente lo necesita, facilitarle la cuña.
• Observar el estado de las heces para informar a Enfermería.
• Si fuera necesario, realizar el aseo de la zona anal del paciente.
• Colocar al paciente en una posición adecuada y cómoda.
• Recoger todo el material, quitarse los guantes y lavarse las manos.

Se ha de saber que los preparados comerciales se administran directamente lubrificando la cánula, simplemente comprimiendo el envase.

Una vez que el enema ha sido aplicado hay que registrarlo en la historia clínica del paciente, tomando en cuenta el tipo de solución empleada, el tiempo que se retuvo la solución, la cantidad, color y consistencia del material obtenido y si hubo cualquier anomalía durante o posterior a su administración.

Durante la administración del enema, el Técnico Auxiliar de Enfermería debe valorar:

• Si el paciente se queja de sensación de plenitud o de calambres, cerrar la llave de paso durante unos 30 segundos, o bien, descender el recipiente para disminuir la velocidad de flujo.
• Ante cualquier indicativo de reacción vagal (sudoración, malestar, palidez facial, palpitaciones, etc.) detener la infusión.
• Si en algún momento la entrada de líquido se hace más lenta, realizar una ligera rotación de la sonda para desprender cualquier material fecal que pueda estar obstruyendo alguno de sus orificios.

## 5 Discusión-Conclusión

En la disminución del peristaltismo, la dieta baja en fibras, ingesta de líquidos insuficientes y la vida sedentaria son factores influyentes que vuelven más lenta la propulsión de heces a través de las vías intestinales inferiores, ocasionando estreñimiento, impactacto fecal y obstrucción.
En los ancianos la debilidad muscular y tono del esfínter disminuido y/o presencia de algunos procesos patológicos también hace que el peristaltismo se vea disminuido.
Además, la estimulación directa o bloqueo del sistema nervioso autónomo, debilidad de los músculos intestinales y algunos medicamentos como la codeína, morfina, adrenérgicos y anticolinérgicos, hacen que se relajen los músculos lisos de las vías gastrointestinales inhibiendo así el peristaltismo.
En los problemas intestinales la valoración del Técnico Auxiliar de Enfermería es fundamental, ya que el estreñimiento puede generar complicaciones derivadas del esfuerzo durante la defecación, incluyendo además dolor y distensión abdominal, confusión, nausea y vómito por rebosamiento, obstrucción abdominal o perforación intestinal, apertura de suturas en pacientes post operados, problemas en pacientes cardiópatas o con lesiones cerebrales que pueden conllevar a complicaciones serias.
Los Técnicos Auxiliares de Enfermería contribuyen ejecutivamente en la preparación y administración de los enemas, colaborando con el conocimiento científico y práctico en la aplicación de la técnica correcta. Por ello, tienen que actualizarse constantemente en la metodología de administración de enemas, puesto que utilizar un procedimiento correcto con el paciente hace que se obtenga un resultado satisfactorio.
Es necesario conocer que el uso frecuente de enemas puede llevar a la sobrecarga de líquidos, irritación y pérdida del tono muscular del intestino y del esfínter anal. Por ello, no se recomienda que los enemas sean utilizados como tratamiento de primera línea para el estreñimiento.
Además, en pacientes con trastornos gastrointestinales como diarrea, dolor abdominal, con cirugía intestinal reciente, con arritmias o reciente episodio de infarto de miocardio, la administración de enemas puede estimular el nervio vago y desencadenar bradicardias.
No hay que olvidar que se pueden producir lesiones réctales provocadas por la administración de un enema, siendo de tipo mecánico, químico o ambos. Es por eso que el Técnico Auxiliar de Enfermería debe estar perfectamente formado y preparado para llevar a cabo la administración de enemas, conociendo y recono-

ciendo las ventajas y problemas que pueden desencadenarse de su uso.

## 6 Bibliografía

1. Rodrigo, L., Teresa, M., & Giménez Maroto, A. M. (2001). Técnicas y procedimientos: Sondaje rectal. Administración de un enema de limpieza. Extracción de fecalomas. Metas
2. de Enfermería, 2001, num. 36, p. 10-14.
3. Reino, P., & Lucrecia, N. (2009). Técnica de administración de enema evacuante en el adulto (Bachelor's thesis).
4. Dorta, C. B. Administración de un enema de limpieza.
5. Palma, J. P. (1998). Enemas: tipos y técnica de administración: preparación del intestino para exploraciones e intervenciones. In Práctica quirúrgica preclínica (pp. 209-217).

## Capítulo 132

# PACIENTES CON FRACTURA DE CADERA Y LA ACTUACION DEL TECNICO DE CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERIA

VANESSA GONZALEZ RODRIGUEZ

RAQUEL SANCHEZ VILLARDON

SORAYA RABASCO DIAZ CHIRON

MARIA JOSE GALLEGO REDONDO

SILVIA DOMINGUEZ LÓPEZ

## 1 Introducción

La fractura de cadera es una lesión grave habitual que ocurre principalmente en personas mayores, para muchos pacientes esto puede significar significar la pérdida total de la movilidad anterior y para algunos pacientes más débiles el ya no poder volver a casa, lamentablemente alrededor del 30% de las personas ancianas que sufren una fractura de cadera acaba muriendo. Para todos los profesionales de la salud la fractura de cadera es un desafío singular.
Por un lado existe la situación donde ocurre en mayor cantidad en personas ancianas y también en personas con patologías anteriores y por otro lado porque una simple caída, la mayoría de las veces que se da en casa marca un antes y un después para siempre.

Uno de los mayores problemas para los sistemas sanitarios en la actualidad son las fracturas de cadera dada su elevada frecuencia (normalmente entre personas mayores), su gran coste y sus graves consecuencias para la persona que la sufre (aumento de la dependencia, precipitación de la institucionalización…).
En este trabajo se resalta los principales factores de riesgo y consecuencias de estas fracturas tan frecuentes así como los posibles cuidados que los enfermos van a recibir por parte del técnico de cuidados auxiliares de enfermería.

## 2 Objetivos

Conocer y reconocer la importancia que tienen los técnicos en cuidados auxiliares de enfermería (TCAE) en el momento de la movilización de un paciente con fractura de cadera.

## 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 e información de guías actualizadas.

## 4 Resultados

Una de las funciones más importantes que tenemos los TCAE en relación a la fractura de cadera es la de prevenir las lesiones que pueden originarse en la piel, entre ellas las más comunes son las ulceras por presión. Para ellos debemos evitar las arrugas en la cama, colocar taloneras una almohada en los tobillos, en fin hacer todo lo que podamos para evitar rozaduras.
Cuando el paciente ya ha sido intervenido debemos tener muchos cuidado en los movimientos para evitar la luxación de la cadera, la cual se puede producir por un movimiento de flexión y rotación externa forzada. Debemos siempre tener mucho cuidado con el paciente a la hora de que este valla ya al inodoro, debe hacer una hiperflexión con las rodillas juntas pero los pies separados, no debemos rotar la paciente nunca totalmente y debemos ponerle almohadas en la cama sobre la espalda para que no gire.

La postura más peligrosa es la flexión de la cadera y esta es la razón por la que debemos prestar particular atención a la posición de sentado en cama durante la higiene y la alimentación. No debemos nunca esturar el miembro operado, debemos clocar una almohada entre las piernas para evitar la rotación interna del pie. Es muy importante no levantar al paciente sin que el médico lo autorice. Tras una intervención de fractura de cadera, hay ciertas posturas que el paciente no debe hacer y nosotros los TCAE debemos cuidar que no las haga.
La primera no debe cruzar las piernas, no debe doblar la cadera operada excesi620 vamente, no debe girar la parte operada ni hacia dentro ni hacia afuera, nunca debe girar sobre el lado operado, sin permiso del cirujano. Generalmente a las 48 horas después de la operación, será cuando podrá comenzar a dar los primeros pasos, siempre por orden del médico y con la ayuda de un andador o muletas, para no cargar el peso sobre su nueva cadera.

## 5 Discusión-Conclusión

Se dice que el 50% de las caídas ocurren en casa es por esto que debemos informar y aconsejar a la familia que en casa como ya lo hemos hecho los TCAE en el hospital, la familia quiete aquellas cosas con lasque el paciente se pueda tropezar, usar zapatos cerrados y con suela de goma tanto dentro como fuera del hogar, quitar todo tipo de alfombras pequeñas con las que el paciente se pueda enredar, colocar las cosas que se usan de manera continua en estantes que queden a mano, poner barras tanto en baños como pasillos y escaleras para la mayor comodidad y seguridad del paciente. Hay que tener mucha precaución en los levantamientos del paciente.

## 6 Bibliografía

1. https://sogacot.org
2. https://www.imq.es/
3. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/
4. https://www.scielo.org/es/

## Capítulo 133

# TECNICO DE CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERIA: URGENCIAS PEDIÁTRICAS

VANESSA GONZALEZ RODRIGUEZ

RAQUEL SANCHEZ VILLARDON

SORAYA RABASCO DIAZ CHIRON

MARIA JOSE GALLEGO REDONDO

SILVIA DOMINGUEZ LÓPEZ

## 1 Introducción

Las unidades de Cuidados Intensivos Pediátricas (UCIP) han ido evolucionando con el transcurso de los años. Debido a la alta tecnicidad de los cuidados, estas unidades necesitan de un personal cada vez más competente, especializado y con un perfil profesional diferenciado. Todos los miembros que componen un equipo multidisciplinar de la UCIP precisan de formación específica y continuada para saber dar respuesta a la alta complejidad de patologías existentes en los pacientes que están ingresados en la misma.

Se conoce como equipo multidisciplinar de Cuidados Intensivos al conjunto de personas, con diferentes formaciones académicas y experiencia profesional que tienen un objetivo común: proporcionar una asistencia médica intensiva, continuada e integral.

Se define a niño crítico enfermo a aquel que por la existencia de una alteración en la función de uno o varios sistemas corporales pueden comprometer su supervivencia en algún momento de su evolución, siendo la muerte una alternativa que no puede obviarse.
En España, las competencias reconocidas del técnico en cuidados auxiliares de enfermería (TCAE) en la unidad de cuidados intensivos pediátrica (UCIP) pueden variar en función de la comunidad autónoma, existiendo una gran variación entre diferentes hospitales y entornos geográficos.
En algunas unidades de cuidados intensivos, la presencia del TCAE es casi simbólica, por lo que existen diferencias en las proporciones. Algunas UCIP tienen casi uno o dos TCAE por clase y casi no tienen capacidad. La mayoría de ellos están asignados y se limitan a la higiene del paciente, la dieta y el control del equipo.

## 2 Objetivos

- Identificar los conocimientos y las habilidades necesarias para prestar una atención integral al niño que llega por una urgencia pediátrica, tanto en situaciones generales como específicas.
- Dar a conocer la importancia de las funciones del TCAE en urgencias pediátricas.

## 3 Metodología

Además, de los conocimientos y competencias obtenidos de la propia experiencia laboral en la Unidad de Urgencias Pediátricas, se ha realizado una revisión bibliográfica de bases de datos, protocolos de actuación y prevención de accidentes en pediatría. Se han utilizado como descriptores: TCAE, urgencias pediátricas, hospitalización pediátrica, tratamiento y funciones.

## 4 Resultados

Hay una serie de competencias del Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería (TCAE) que están estandarizadas, siendo una de las principales tareas del TCAE la preparación de los espacios asistenciales (BOX) para los ingresos en UCIP.

En ellos tendrán que preparar el siguiente material:

– Bolsa de insuflación (neonatal o adulto según peso del paciente) con filtro.

– Mascarilla facial para ventilación.

– Guantes estériles para aspirar secreciones.
– Kit de receptáculo para aspiración de secreciones.

– Sondas de aspiración: 6ch, 8ch, 10ch, 12ch, 14ch según edad.

– Agua para limpiar el circuito de aspiración.

– Empapadores, pañales, celulosas

– Guantes no estériles un solo uso.

– Fonendoscopio.

– Estuche material de intubación y spray lubricante.

– Material para monitorización como electrodos, sensor medidor de SpO2 y manguitos para medición de tensión arterial no invasiva.

– Respirador: con tubuladuras según peso del paciente y pasar el test de funcionamiento correcto

– Preparación batea para analítica: gasas, clorhexidina alcohólica y acuosa, jeringas 2 ml, jeringas de gases, agujas, suero fisiológico monodosis, bolsa de analítica y tubos de hemograma, coagulación y bioquímica.

– Soluciones antisépticas: antiséptico líquido con base de etanol, gel antiséptico con base de etanol, alcohol 70%.

Cuando el paciente ingresa en la unidad de cuidados intensivos pediátrica (UCIP) la presencia del TCAE es fundamental por su participación en la atención inmediata al niño crítico. La presencia del TCAE para colaborar en la recepción de un paciente crítico se relaciona con la seguridad, disponer de todo el material necesario para iniciar la asistencia y la rápida monitorización, de manera que los facultativos y las enfermeras puedan iniciar, con su ayuda, inmediatamente los cuidados necesarios.

Con respecto a los aislamientos y los equipos de protección individual (EPI), el TCAE debe comprobar las medidas de aislamientos prescritas que necesite el paciente, posibilitar todo el material del equipo de protección individual (EPI) e

identificar el tipo de aislamiento con los carteles informativos correspondientes que haya establecido el departamento de medicina preventiva.

Como prevención estándar está:

– Higiene de manos.

– Bata, guantes, mascarilla, protección ocular.

– Limpieza y desinfección adecuada del material. Diferentes tipos de aislamiento:

– Por gotas: lavado de manos, mascarilla.

– Por contacto: lavado de manos, bata y guantes.

– Por contacto y gotas: lavado de manos, mascarilla, bata y guantes.

– Por aire: lavado de manos, mascarilla de alta eficacia (FFP2).

– Protección fase inicial: lavado de manos, mascarilla y bata.

– Aislamiento por preventivo (contacto y gotas): se emplea en pacientes extrahospitalarios hasta recibir los resultados de los cultivos realizados al ingreso en la unidad.

En los últimos años, la seguridad del paciente y la calidad asistencial en las unidades de Críticos, supone un tema relevante. Como miembros del equipo asistencial, los TCAEs deben participar de forma activa en la detección precoz de incidentes y de los efectos adversos o errores que se pueden producir en la asistencia. Las intervenciones del Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería (TCAE) para mejorar la atención al paciente son las siguientes:

– Revisar y comprobar la correcta identificación de los pacientes.

– Revisar de forma periódica la indicación de las medidas de aislamiento

– Revisar y comprobar las barreras de protección del paciente.

– Comprobar las medidas correctas de tubos endotraqueales (TET) para posible intubación (hay que tener preparado un TET de la medida que necesita y una medida inferior por posibles complicaciones).

– Cumplir con las medidas de higiene de manos.

– Revisar los maletines de intubación de cada paciente (palas, mango de laringoscopio, pinzas de Magill) y su respectiva bolsa insufladora y filtro.

– Revisar los sistemas de aspiración y sondas de aspiración adecuadas a la situación del paciente.

– Comprobar el nivel de aspiración de los drenajes (Pleure-vac®) en caso de que el paciente sea portador de este dispositivo.

– Conocimiento, comprobación y señalización de alergias del paciente crítico si precisara (medicamentosas, látex, apósitos, intolerancias alimentarias, etc.).

Las unidades de críticos cada vez más necesitan de aparataje técnico y específico para monitorización invasiva y terapias, siendo necesario que los profesionales que forman el equipo tengan un buen conocimiento de monitores, bombas de infusión, material de curas, fungible, etc. Esta cuestión es de vital importancia para poder disponer de todo ello ante situaciones de urgencia-emergencia, donde haya responsables bien formados en su limpieza, montaje, mantenimiento y almacenamiento. En muchas unidades de críticos estas tareas son de forma casi exclusiva del TCAE, siendo estas funciones las siguientes:

– Conocer e identificar el aparataje.

– Montaje de aparatos y dispositivos.

– Comprobar el buen uso de los mismos.

– Correcta limpieza, desinfección y conservación.

– Retirada del box y acomodación en su almacén después de su uso.

– Conexión con el departamento de electromedicina, informática y mantenimiento para gestionar la reparación de monitores, bombas de infusión y aparataje.

El TCAE también debe estar formado para preparar técnicas no invasivas, conociendo para ello el material y las técnicas a realizar, así como preparar el material estándar y específico de cada técnica y colaborar y asistir durante el proceso de las mismas.

Otra cuestión importante del TCAE es la higiene y el cuidado de la piel del paciente de UCIP. Esta tarea es competencia de las TCAEs. Hay que tener en cuenta que la higiene de un paciente crítico portador de múltiples dispositivos asistenciales y de monitorización puede considerarse como una maniobra de riesgo. A groso modo, las recomendaciones generales son:

– Realizar el baño diario, a ser posible a la misma hora.

– El agua debe estar a temperatura corporal (37 grados).

– Utilizar un jabón neutro para la piel y el cabello.

– Secar la piel con toques suaves, prestando especial atención a pliegues, dedos y zona genital.

– Mantener una hidratación corporal frecuente.

– Valoración continuada de las zonas con mayor riesgo de úlceras por presión (UPP).

– Los TCAEs deben contar con conocimientos específicos del tipo de higiene y productos de dermofarmacia que pueden ser utilizados o no según la patología base del paciente.

Con respecto a a nutrición del paciente de la unidad de cuidados intensivos pediátrica (UCIP), esta función le corresponde al TCAE. Es fundamental que conozcan los diferentes sistemas y dispositivos de nutrición asistida además de comprobar las posibles alergias alimentarias, conocer e identificar las diferentes dietas según patologías, tener conocimiento sobre la conservación, manipulación y administración de las nutriciones enterales (leche materna, fórmulas de inicio, etc.) y conocer cuidados básicos de sonda nasogástrica y botón gástrico.

En los últimos años es una realidad que se han generalizado las políticas de puertas abiertas de la mayoría de UCIPs de nuestro país, teniendo así un entorno asistencial humanizado. Un aumento de la presencia a pie de cama de padres y cuidadores obliga a todos los miembros del equipo multidisciplinar a establecer unas dinámicas de interacción constante con ellos. El mayor tiempo de convivencia con la familia supone que ésta pueda participar de forma activa en los cuidados, obligando a los profesionales a enseñar y entrenaran a los mismos para ello. Además, es necesario que el TCAE reciba formación continuada que lo habilite para poder proporcionar apoyo en situaciones emocionalmente complicadas, en

la comunicación de malas noticias y acompañar en el duelo.

Cuando las estancias son prolongadas y los niños tiene que "vivir" en la unidad de cuidados intensivos pediátrica (UCIP), la humanización de los cuidados tiene que enfocarse a actividades como: estimulación motora, payasos (diversión y entretenimiento) visitas de hermanos, etc. Todos estos cuidados y actividades mostradas, donde el Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería (TCAE) participa de forma activa, mejoran el bienestar emocional de la unidad familiar. Estos programas de apoyo permiten que los pacientes y red familiar más próxima tengan momentos lúdicos y de evasión en un entorno de aislamiento, disrupción de la vida cotidiana y desconexión de las rutinas habituales.

## 5 Discusión-Conclusión

El TCAE es el profesional sanitario más cercano a las necesidades fisiológicas de cada paciente y por ello se encarga de recoger muestras (orina, esputo, heces, vómitos) y controlar las excreciones, valorando y registrando los valores ordenados. También es tarea del TCAE enviar o traer al laboratorio las muestras antes mencionadas u otras muestras tomadas por enfermeras o médicos. Para los pacientes incontinentes, es responsable de su higiene. y administración de enemas.

También trabajarán con pacientes pediátricos, en cuyo caso los Técnicos de Enfermería Auxiliar de Enfermería (TCAE) deben estar completamente calificados para hacer lo correcto. Considere las necesidades físicas y emocionales de cada grupo de edad en todo momento.

## 6 Bibliografía

1. https://www.quironsalud.es
2. https://www.centromedicodeasturias.com
3. https://www.comunidad.madrid/

## Capítulo 134

# CUIDADOS INTENSIVOS HOSPITALARIOS Y EL TECNICO DE CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERIA

VANESSA GONZALEZ RODRIGUEZ

RAQUEL SANCHEZ VILLARDON

SORAYA RABASCO DIAZ CHIRON

MARIA JOSE GALLEGO REDONDO

SILVIA DOMINGUEZ LÓPEZ

## 1 Introducción

La Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) , es el lugar donde se atiende a los pacientes con alteraciones fisiopatológicas que hayan alcanzado un nivel de severidad que represente una amenaza actual o potencial para su vida y al mismo tiempo, sean susceptibles de recuperación. La UCI impone un gran respeto no sólo a los familiares de los pacientes hospitalizados en esta unidad, sino también al personal sanitario que trabaja en otras áreas, y esto se debe en la mayoría de las ocasiones a que los equipos que se encuentran en la UCI son altamente sofisticados y deben estar disponibles para todos los pacientes.
Hay un gran desconocimiento de esta unidad, de ahí que surge la necesidad del colectivo de auxiliar de enfermería de profundizar más en dicho tema.

Las Unidades de Cuidados Intensivos de Medicina Intensiva (UMI) o de Vigilancia Intensiva (UVI ), son los lugares fundamentales en donde se realiza la labor asistencial de la especialidad. Se trata de Servicios Centrales de carácter polivalente, que funcionan en íntima conexión con los demás servicios hospitalarios y del Área de Salud y atienden tanto a pacientes médicos como quirúrgicos, con el denominador común de su carácter crítico y potencialmente recuperable.
La práctica de la Medicina Intensiva requiere poseer un determinado campo de conocimientos, dominar un conjunto de habilidades y disponer de una serie de actitudes psíquicas y humanas. La UCI es uno de los lugares más importantes para la introducción de nuevas terapias y avances en técnicas de monitorización y control.

## 2 Objetivos

- Describir el área de internamiento de pacientes.
- Analizar los aparatos más comunes en la unidad de cuidados intensivos.
- Identificar el personal de la UCI.

## 3 Metodología

Revisión bibliográfica de las publicaciones científicas sobre el personal en la uci, en la última década. Se consultaron diferentes bases de datos (Dialnet, ISOC IME Biomedicina, CINHAL, Medline, PsycINFO, PubMed Central, así como el directorio de revistas con acceso abierto (DOAJ ). En todos los casos, se limitó la búsqueda al intervalo 2000-2020. En función de las características y ámbito de cobertura de las bases de datos (nacional ) se utilizaron descriptores en español (“ventilación” , “protocolos” , “ aislamiento” , “mascarilla”) .

## 4 Resultados

El lugar donde se halla la cama del paciente debe tener no menos de nueve metros cuadrados de superficie. Es recomendable que cuente con:
- Pileta para lavado de manos preferentemente por cama y no menos de una cada dos camas, de suficiente profundidad para evitar salpicar en los alrededores de la misma.
- Ventanas para dar luz natural y orientación temporo -espacial al paciente, en este sentido también es recomendable el uso de un reloj con almanaque.

- Paredes y coberturas del piso lavables y pintadas que no creen sensación depresiva ni sean excitantes por su brillo.
- Las señales que provengan del llamado de los pacientes y de las alarmas de los equipos deben estar regulados a su mínima intensidad audible. Su objetivo es disminuir la intensidad del ruido usualmente existente en el área de internación.
- Paredes y cobertores del piso de la unidad de cuidados intensivos y de la habitación del enfermo con capacidad para absorber ruidos.
- Visualización directa por parte de la enfermería de los pacientes desde la central o por otros medios ópticos.
- Las paredes de la habitación deben ser de vidrio o plástico transparente desde el techo y hasta la altura de la cama del paciente.
- Espacio suficiente a la cabecera y costados de la cama del paciente para proceder a las maniobras de resucitación.
- A la cabecera deben existir soportes para ubicar los monitores. Los sistemas de comunicación de alarmas púlsables también ubicadas a la cabecera del paciente, deben ser de colores claramente diferenciables.
- Enchufes en cantidad necesaria y o menos de 10 con voltaje y amperaje de acuerdo a las especificaciones técnicas locales que se deben ubicar a 7100 centímetros del piso para facilitar la conexión y evitar la desconexión con el pie.
- Dos salidas de oxígeno, una de aire comprimido y dos de aspiración central por cama a la cabecera del paciente y preferentemente a ambos lados de la cama.

Iluminación adecuada consistente en:
- La iluminación general en el techo de aproximadamente 100W.
- Luz nocturna que permita descansar al paciente. Luz de emergencia que ilumine la totalidad del paciente con una potencia de aproximadamente 200-300W.
- Luz de gran potencia, 150-200W focalizada y con algún sistema de aproximación para la realización de procedimientos específicos.

Los apartados más comunes en la Unidad de Cuidados Intensivos son:
- La Central de monitorización es el lugar donde se encuentra todo el material necesario para las actividades diarias del personal de enfermería (historías clínicas, hojas de registros ).
- En la central de monitorización también se puede controlar a los pacientes, ya que desde este lugar podemos divisar todas las habitaciones a través de las paredes cristalizadas.
- En el caso de que sonara alguna alarma, desde la central podemos conocer de qué habitación procede, ya que se activaría el dispositivo de alarmas, pudiéndose desconectar también desde la central.
- El carro de paradas está dotado de equipos, fármacos, bateas preparadas y otros

suministros necesarios para hacer frente a las urgencias que tienen lugar en la unidad de cuidados intensivos. El carro asegura la disponibilidad inmediata del material del material necesario para tales situaciones de emergencia. Este deberá estar ubicado en un lugar predeterminado, conocido y accesible para todo el personal.

- El uso del carro y el material que contiene, queda restringido a situaciones de emergencia. Tras finalizar la intervención hay que reponer inmediatamente el material utilizado y hay que asegurarse que el instrumental, material y fármacos están completos. Una vez revisado todo, se colocará el carro en su ubicación original.
- Cada cierto periodo de tiempo se aconseja una revisión del material del carro de parada, independientemente de que se haya usado o no. Se debe cumplimentar los datos del uso del carro de paradas en las hojas de registro.

Desfibrilador. El propósito de la desfibrilación es restablecer un ritmo cardíaco normal. El desfibrilador dispone de una pantalla en la cual se aprecia el electrocardiograma de una derivación (D1, D2, D3).En ella se reflejan datos de la frecuencia cardiaca. Para utilizar el electrocardiograma de derivaciones es necesario enchufar los electrodos al monitor y colocarlos en el tórax del paciente. Para desfibrilar se dispone de dos palas. Las palas se deben colocar en una posición que permita el máximo paso de corriente a través del miocardio.

Electrocardiógrafo: Un electrocardiograma (ECG ) es un registro gráfico de la actividad eléctrica del corazón. El electrocardiograma está indicado para el diagnóstico de arritmias y lesiones cardíacas. El registro se hace a velocidad normal sobre una cuadrícula que permite tanto la medición de la intensidad de los eventos eléctricos (voltaje) como su duración. La intensidad se mide sobre el eje vertical en milívoltios y el tiempo se mide sobre el eje horizontal en segundos.

Cada cuadro pequeño de la cuadrícula equivale a una unidad conocida de tiempo (0,04 segundos) y de voltaje ( 0,1 m V ), lo que permite un cálculo rápido de ambos parámetros. Es esencial que el paciente esté relajado y coopere, por lo que es necesario que el profesional de enfermería explique tanto el propósito de la prueba como el procedimiento en sí mismo.

Analizador de gasometría: El analizador de gasometría es el encargado de analizar la sangre procedente de una arteria. De la muestra de sangre extraída se lleva a cabo el análisis de gases arteriales lo que nos proporciona una determinación objetiva de las siguientes condiciones:

- Oxigenación arterial.
- Intercambio de gases.
- Ventilación alveolar.

- Equilibrio ácido-base.

Los parámetros que hay que tener en cuenta para medir la oxigenación de la sangre son:

- PaO2 Presión parcial del oxígeno disuelto en sangre.
- SaO2Porcentaje de oxígeno combinado con la hemoglobina.
- Monitores: Monitor cardíaco Monitorización intraarterial, monitorización de la arteria pulmonar, monitorización de la presión intracraneal, monitorización portátil.
- Ventiladores Mecánicos: Cuando el paciente presenta fallo respiratorio y no puede mantener su respiración es necesario establecer una vía aérea artificial.

Lo primero que se elige es un tubo endotraqueal como medio para restablecer una vía aérea. Lo que se hace en este caso es pasar un tubo, ya sea a través de la nariz o de la garganta y hacia la tráquea. Este procedimiento se utiliza para establecer y mantener una vía aérea permeable. Prevenir la aspiración sellando la tráquea en relación con el tracto digestivo en una persona inconsciente o paralizada. Permitir la eliminación de las secreciones traqueobronquiales en la persona que no puede toser adecuadamente.

Tratar al paciente que requiere ventilación con presión positiva, la cual no puede suministrarse efectivamente con una mascarilla.

Pulsioxímetro: El pulsioximetro proporciona información de la saturación capilar de oxígeno. Se conecta un sensor al dedo del paciente, que monitoriza de forma no invasiva la saturación de oxígeno de la sangre capilar. En el monitor aparece reflejada tanto la saturación de oxígeno como la frecuencia cardíaca del paciente. En el pulsioxímetro, al igual que en los monitores, también se pueden programar unos límites de saturación de oxígeno y de frecuencia cardíaca, superior e inferior, de manera que si se superan ambos límites se activa una señal audible.

Personal de la UCI

- Médicos
- Jefe de la UCI: Debe ser un médico con la especialidad en cuidados intensivos. La dedicación deberá ser como mínimo de siete horas diarias y no menos de 35 horas semanales.
- Médico asistente: Debe haber un médico cada 8 camas habilitadas.
- Médico de guardia: Activo en el servicio las 24 horas permanente y exclusivo para la unidad .Dotación mínima un médico cada 8 camas. Superado este número deberá agregarse otro profesional.
- Enfermeros.
- Jefe de enfermería: Dedicación a la unidad de cuidados intensivos no menor de 7 horas diarias.

- Enfermero de la unidad: Un enfermero cada dos camas, por turno, con conocimiento y experiencia del funcionamiento de la unidad.
- Auxiliar de enfermería: Debe haber un auxiliar de enfermería cada dos camas con una dedicación siete horas diarias.

## 5 Discusión-Conclusión

El enfermo ingresado en esta unidad presenta un grado elevado de ansiedad, puede percibir una sensación de muerte inminente; y está rodeado de personas de las que percibe una ligera sensación de nerviosismo, que le realizan técnicas agresivas y además emplean palabras que él no entiende. Es muy importante informar a la familia con frecuencia del estado de su familiar, de los horarios de visitas, de las condiciones en las que se debe realizar cada visita y del estado en el que lo pueden encontrar, si es la primera vez que lo van a ver desde su ingreso. El personal auxiliar de enfermería cobra especial relevancia en esta unidad, debe conocer qué criterios de gravedad llevan a un paciente a ser ingresado en esta unidad y las técnicas más relevantes, en las que debe colaborar con el personal de enfermería y medicina, para su correcta realización. Un paciente puede ingresar en la Unidad de Cuidados Intensivos procedente de otra unidad de hospitalización o del servicio de Urgencias.

## 6 Bibliografía

1. Abizanda, R., Padrón, A., Vidal, B., Mas, S., Berenguer, A., Madero, J., & Heras, A. (2006). Estimación pronóstica en enfermos críticos: Validación de un nuevo y muy sencillo sistema de estimación pronóstica de supervivencia en pacientes ingresados en una Unidad de Cuidados Intensivos. Medicina intensiva, 30(3), 101-108.
2. Alba Rosales, F. Y., & Chinchay Guerrero, W. E. (2019). Plan de mantenimiento preventivo para mejorar la disponibilidad de equipos biomédicos-unidad cuidados intensivos, Hospital Víctor Ramos Guardia, Huaraz, 2018.
3. Cabrera, L. S., Sánchez-Palacios, M., González, F. R., Medina, E. H., Ortega, A. C.,
& Arroyo, M. F. (2008). Actitudes y percepciones del personal médico del hospital acerca de los Cuidados Intensivos y de la especialidad de Medicina Intensiva. Medicina intensiva, 32(7), 319-328

## Capítulo 135

# LA SEGURIDAD DEL PACIENTE PARA EVITAR LAS CAÍDAS DEL MISMO

CELIA DÍAZ SALAZAR GARCÍA RAYO

MARIA GEMA GARCIA CONSUEGRA GARZAS

MARIA DEL PILAR PÉREZ BURGOS

MARÍA DEL ROSARIO MARTÍN LOZANO

MARIA DEL ROSARIO BURGOS BECERRA

## 1 Introducción

Al hablar de seguridad del paciente, se habla del protocolo que tienen los centros hospitalarios para proteger a los usuarios del mismo de posibles lesiones, caídas, o infecciones cuando se encuentran en él, ya sea por una consulta o por estar ingresado. Dentro de estos protocolos se encuentra incluida la familia como parte del paciente.

La seguridad del paciente es un indicador que es eficaz, eficiente y medible dentro de la atención integral y continuada que se realizan a los pacientes. Este indicador de seguridad muestra la calidad del sistema sanitario y de cada centro hospitalario.

La seguridad del paciente es un elemento importante de un sistema de atención médica eficaz y eficiente donde prevalece la calidad.

Al hablar de seguridad se trata de:

• Evitar el daño.

• Evitar malos eventos.
• Evitar errores.
De esta manera, el concepto de calidad se eleva porque la atención es buena. Si la calidad de un centro sanitario es elevada, la seguridad del paciente es directamente proporcional. Se trata de hacer las cosas bien, de efectuar los procesos de forma correcta con base en los protocolos.
Se trata de prevenir los daños del paciente haciendo hincapié en una prestación de servicios que evita errores basado en una cultura de la seguridad. Se trata de aprender a gestionar los riesgos. Según la Organización Mundial de la Salud, el riesgo para la seguridad de los menores se agrava debido a la curiosidad del conocer su entorno.

## 2 Objetivos

El objetivo principal de este capítulo es:
• Analizar la incidencia de la falta de seguridad en los pacientes, sobre todo en los pediátricos.
Como objetivos secundarios:
• Elaborar unas recomendaciones a los acompañantes.
• Describir las causas de las caídas más frecuentes.

## 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

Cuando se revisan los accidentes por falta de seguridad relacionados con los pacientes, sobre todo los pediátricos, se puede observar que alrededor del 8% al 11% es la incidencia de los mismos.
Normalmente, las causas de las caídas son:
• Caídas accidentales de los padres o acompañantes.

• Pacientes ingresados con patologías neurológicas.
• Pacientes en fase de recuperación de la anestesia.
• Pacientes geriátricos.

En las unidades de hospitalización que existe riesgo de caídas se elaboran por parte de los profesionales sanitarios folletos dípticos a disposición de los mismos para mostrar una serie de recomendaciones que conllevan la prevención de los accidentes o caídas.

Ante un accidente de un paciente o familiar que se encuentra en el centro sanitario se debe informar al servicio oportuno del incidente para que se proceda según el protocolo. Es cierto que una rápida intervención evita problemas mayores.

El hecho de un buen mantenimiento de los sistemas de seguridad que se encuentran en las unidades de los pacientes previene los accidentes, por ello es importante dotar a los centros hospitalarios de este servicio de mantenimiento.

Se trata de tener en continua mejora y estudio los llamados métodos centinelas para conseguir un impacto positivo en la mejora de la atención al paciente. Se puede aumentar el conocimiento de todos los sistemas de seguridad a través de una formación adecuada a todos los profesionales sanitarios y no sanitarios.

La cultura de la seguridad en los centros sanitarios implica que se debe tener una organización activa y permanente para que las actividades que se realizan no vayan mal. El trabajo en equipo es uno de estos métodos para que se puedan reconocer los errores y aprender de ellos. Por ello, la formación y la educación es básica para evitar esto.

## 5 Discusión-Conclusión

Cuando se habla de prevenir los daños, se habla de ausencia de lesiones accidentales o prevenibles producidas por la atención sanitaria. En la práctica, la seguridad del paciente se define como aquellas que reducen el riesgo de eventos adversos relacionados con la exposición a la atención integral en una variedad de condiciones mientras los pacientes están ingresados.

Muchas de las actividades que se realizan en los centros hospitalarios no han sido analizadas sobre la eficacia para la prevención de accidentes para los pacientes.

Dentro de los sistemas de salud de cada comunidad autónoma es necesario que se formen profesionales de la salud como podrían ser los técnicos en cuidados de enfermería para que intervengan disminuyendo los riesgos de caídas en los pacientes donde se incluyen los pediátricos.

## 6 Bibliografía

1. http://observatorioseguridaddelpaciente.es
2. Estrategia de prevención, detección y actuación ante el riesgo de caída en el sistema sanitario público de Andalucía.
3. Clancy CM, Farquhar MB, Sharp BA. Seguridad del paciente en la práctica de enfermería. J Cuidados de enfermería 2005.
4. Roteau R. J. (Ed.) (2010) Análisis de la causa raíz en el cuidado de la salud: herramientas y técnica.

## Capítulo 136

# LOS CUIDADOS DE LOS TÉCNICOS EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERIA EN LAS UNIDADES DE CIRUGÍA

CELIA DÍAZ SALAZAR GARCÍA RAYO

MARIA GEMA GARCIA CONSUEGRA GARZAS

MARIA DEL PILAR PÉREZ BURGOS

MARÍA DEL ROSARIO MARTÍN LOZANO

MARIA DEL ROSARIO BURGOS BECERRA

## 1 Introducción

Dentro de los cuidados que se le brinda al paciente, el técnico en cuidados de enfermería es un miembro primordial, ya que dentro de los servicios y unidades de cirugía debe asegurarse de la correcta preparación antes y después de la intervención quirúrgica, de acuerdo con las pautas del plan de atención de enfermería o de los facultativos.

Se inicia un proceso de humanización del cuidado que se inicia con la entrada del paciente y acaba cuando el paciente es dado de alta. Se trata de una atención integral en todas las necesidades que debido a la intervención quirúrgica no es capaz de cubrirse por sí mismo de forma autónoma.

El equipo de enfermería se va a convertir en la referencia para los pacientes, sintiendo en ellos su apoyo para poder ir recuperando paulatinamente su calidad de vida anterior.
Se pueden leer y analizar las funciones que se especifican para los técnicos en cuidados de enfermería en la Orden ministerial del 26 de abril de 1973, en sus artículos 74 a 85 y en el RD 137/1984, que recoge las funciones del técnico en la atención primaria donde se realiza cierta cirugía menor para este tipo de atención quirúrgica que se les brinda a los usuarios del sistema sanitario en cada una de las comunidades autónomas.
En realidad, se trata de complementar la asistencia sanitaria al ingresado u operado.

## 2 Objetivos

El objetivo principal es:
• Explicar las funciones del técnico en cuidados de enfermería en las unidades de cirugía.
Como secundarios:
• Preparar al paciente para la intervención quirúrgica.
• Identificar los tipos de cirugía.
• Identificar los problemas de las cirugías.
• Apoyar al paciente ante sus miedos.

## 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.
Palabras claves: técnico de enfermería, cirugía, paciente quirúrgico y funciones de enfermería.

## 4 Resultados

El equipo de enfermería, del que forma parte el técnico de enfermería, realizará una serie de funciones a la llegada de un paciente a una unidad de enfermería para apoyar y atender no solo al paciente sino a la familia como una única unidad, que son:

- Informar del proceso a seguir.
- Tener la unidad de la paciente preparada junto con su historia clínica.
- Explicar las movilizaciones y resolver dudas.
- Preparar al paciente de acuerdo a la cirugía a la que va a ser sometido.

Los días posteriores a la cirugía suelen ser muy dolorosos y ello provoca en el paciente y su familia un alto grado de ansiedad y estrés que el técnico en enfermería debe ser capaz de comprender y auxiliar tratando de empatizar y de calmar la situación. Para ello se requiere la formación en ciertas habilidades de inteligencia emocional.

En todo momento se debe promover la idea de que el paciente va a recuperar su autonomía y el estilo de vida anterior a la cirugía, ya que estar limitado genera mucha ansiedad.

La idea principal de una intervención quirúrgica es que el paciente conozca todo el proceso al que se va a someter para que este pueda compartir sus dudas y ansiedades con el equipo de enfermería. En todo momento se debe tratar de empatizar y de animar a hablar al paciente y los familiares de cómo están viviendo dicho proceso para poder ofrecerles pautas de afrontamiento y de recuperación no solo a nivel físico, sino a nivel emocional y psicológico.

En muchas ocasiones a la familia se le ofrece la información de la intervención quirúrgica en las famosas salas de espera de la zona quirúrgica que han sido habilitadas para ello.

Para facilitar una rápida recuperación se debe promover los ejercicios de fisioterapia respiratoria a los pacientes que se han sometido a una intervención quirúrgica para eliminar las secreciones acumuladas durante la cirugía.

A todos los pacientes que se someten a dicha cirugía se les administra un tratamiento antibiótico para prevenir posibles complicaciones. Se les pauta un tratamiento para prevenir problemas tromboembólicos junto con la educación sanitaria oportuna.

El paciente debe conocer el proceso al que se enfrenta, aunque en algunas ocasiones los familiares ocultan el diagnostico real de la intervención, por lo que en este caso será el facultativo el que valora la información a trasmitir.

En todo momento, se debe comprender al paciente y generarle y ofrecerle estrate-

gias de afrontamiento, ya que lo psicológico favorece una rápida recuperación. En todo momento, el técnico en cuidados de enfermería puede facilitar folletos e información sobre el proceso al que se somete el paciente y ser apoyo para la familia en el antes, durante y después de la intervención.

## 5 Discusión-Conclusión

El técnico en cuidados de enfermería como miembro de un equipo multidisciplinar debe proporcionar pautas de afrontamiento y realizará actividades que faciliten una pronta recuperación para el paciente de estas unidades de cirugía, ya sea una mayor o menor intervención. De esta manera se evitan las posibles complicaciones.

Se van a llevar a cabo una serie de pautas de acuerdo con un plan preestablecido con base en cada tipo de operación a realizar.

En todo momento se busca el bienestar, el confort y la atención integral al paciente para aliviar la falta de autocuidados que dicha persona presenta durante el proceso quirúrgico.

En conclusión. Las funciones del técnico son el cuidado integral del paciente con base en una formación recibida dependiendo del servicio en el que desarrolla su trabajo, siempre como parte del equipo multidisciplinar para poder conseguir los objetivos de la unidad.

## 6 Bibliografía

1• Long, Phipps, Cassmeyer. Enfermería médico-quirúrgica I. Enfermería Mosby, 2000. Harcourt Brace, 1997.

2• Lucio Pérez, Mª Jesús. Ramírez García Raquel. Tomás Jiménez, José Luis. Biblioteca. Auxiliar de enfermería profesional. Las distintas especialidades II. Volumen 6. Interamericana. McGraw-Hill

3• https://revistamedica.com/actuacion-tcae-unidad-hospitalizacion-pre-intra-postoperatorio/

## Capítulo 137

# LOS CUIDADOS DE LA BOCA EN UN PACIENTE INTUBADO INTRODUCCIÓN

CELIA DÍAZ SALAZAR GARCÍA RAYO

MARIA GEMA GARCIA CONSUEGRA GARZAS

MARIA DEL PILAR PÉREZ BURGOS

MARÍA DEL ROSARIO MARTÍN LOZANO

MARIA DEL ROSARIO BURGOS BECERRA

## 1 Introducción

La salud bucal es una de las necesidades que presenta el paciente al ser ingresado sobre todo en las unidades especiales como es la de intensivos o críticos. Es una necesidad en la que el técnico en cuidados auxiliares tiene plena responsabilidad y forma parte de sus funciones propias.

El paciente intubado e inconsciente es uno de los más complejos que nos encontramos en los centros hospitalarios. Estos pacientes se encuentran principalmente en las unidades de críticos y de intensivos.

Existen múltiples causas por las que estos pacientes resultan tan complicados y los cuidados de la boca pasan a ser una necesidad básica que los técnicos en cuidados auxiliares de enfermería con base en los siguientes criterios:

• Nivel de consciencia

• Frecuencia respiratoria
• Dificultad para expulsar las secreciones.
• Paciente inestable a nivel vascular
• Agitación no controlada.
• Hipoxemia grave.

Desde el momento en el que se decide la intubación, comienzan a plantearse los cuidados de la boca que forman parte de las funciones del equipo de enfermería. El cuidado de la boca es uno de los cuidados menores que no repara atención del cuidado, pero que es necesaria. En muchas ocasiones la boca no resulta agradable dentro de los cuidados que se practican al paciente.

Pero la realidad es que la boca precisa una atención especial, ya que puede provocar unas problemas a posteriori como dificultades del habla, problemas de deglución o infecciones. Debido a estos, los cuidados bucales deben tener una especial importancia.

## 2 Objetivos

Objetivo principal:

• Proporcionar y fomentar el bienestar del paciente favoreciendo los cuida dos bucales.

Objetivos secundarios:

• Mantener una limpieza apropiada en la cavidad oral, evitar caries, sequedad y malos olores evitando infecciones.
• Valorar la autonomía.
• Promover el autocuidado.
• Proteger la vía aérea de posibles infecciones.
• Proteger la cavidad bucal de heridas e infecciones.

## 3 Metodología

Para la elaboración de capítulo descriptivo. Se ha realizado una revisión sistemática en bases de datos bibliográficas y manualmente a través de Internet en revistas y organismos públicos. La investigación bibliográfica se caracteriza por la utilización de los datos secundarios como fuente de información.

Pretende encontrar soluciones a problemas planteados.

Los criterios de exclusión que se han tenido en cuenta son: artículos anteriores al año 2005 y de idioma distinto al castellano.

Palabras clave: paciente intubado, cuidados de la boca y unidad de críticos.

## 4 Resultados

La salud bucal ayuda al paciente a tener cubiertas sus necesidades básicas de higiene, normalmente en los pacientes inconscientes e intubados es una necesidad que cubre el personal sanitario.
Realizando una adecuada higiene bucal se evitan caries, infecciones ya que se elimina la placa bacteriana y resto de alimentos , evita la halitosis, grietas o la sequedad de boca. Se añade que el paciente adquiere una sensación de confort y bienestar junto a la prevención de infecciones tanto bucales como respiratorias.
Se considera que la saliva es un potente desinfectante frente a las infecciones, de ahí la importancia de la hidratación bucal que facilita la prevención de infecciones.
Existen diferentes maneras o técnicas del lavado bucal basándonos en el tipo de paciente que está ingresado y la patología que padece unido a su fisiología según se den unas circunstancias u otras, se optará por la intervención adecuada.
Dentro del tipo de pacientes que se encuentra con la necesidad de realizar la higiene bucal podemos discriminar las siguientes:
• Consciente
• Inconsciente
• Intubado
• Con dentadura postiza
En el presente capítulo nos centramos en los pacientes intubados e inconscientes que suelen ingresar en las unidades de hospitalización de críticos e intensivos.
Los pacientes intubados tienen una alta incidencia de neumonía, por lo que los cuidados bucales adquieren una alta importancia para prevenir este tipo de enfermedades, de hecho existen proyectos para ello como el de neumonía Zero que se aplica en los servicios de intensivos de forma regular.
Este proyecto consiste en la limpieza bucal con un antiséptico bucal y la aplicación de una pasta (descontaminación orofaríngea selectiva) en la cavidad bucal que previene las infecciones. Dicha pasta tienen componentes antibióticos.
El mantenimiento de la higiene bucal es fundamenta. El mantenimiento de la higiene bucal es fundamental en los pacientes intubados para evitar futuras complicaciones en los pacientes intubados para evitar futuras complicaciones ya comentadas anteriormente. Se buscará una solución antiséptica bucal, se pueden complicaciones ya comentadas anteriormente. Se buscará una solución antiséptica bucal, se pueden cepillar los dientes y se suele conectar el sistema de aspiración para succionar el líquido, cepillar los dientes y se suele conectar el sistema de aspiración para succionar el líquido.

A la hora de desarrollar un procedimiento de atención bucal se debe partir desde el proceso, desarrollar un procedimiento de atención bucal se debe partir desde el proceso de atención de enfermería (PAE) con base en sus etapas.
Atención de enfermería (PAE) basándonos en sus etapas.
Se hace necesaria la hidratación de los labios con vaselina para evitar roces o grietas y úlceras Se hace necesaria la hidratación de los labios con vaselina para evitar roces o grietas y úlceras por causas del tubo.
Esto se debe realizar una vez por turno y si fuese necesario se cambiarán las cintas de sujeción del tubo.
En algunas ocasiones el paciente padece xerostomía, que es la disminución de secreción de saliva que se ha mencionado que protege de infecciones.
El paciente intubado está conectado al respirador por una serie de tubos que reciben el nombre de filtros y tubuladoras. Los filtros favorecen la humedad adecuada y protegen de las infecciones, mientras que las tubuladoras proporcionan el aire necesario para que los pulmones ventilen. Estos objetos deben cambiarse con regularidad para evitar infecciones.
Con respecto al tubo endotraqueal se debe mantener la higiene adecuada exterior para evitar las infecciones. Dentro del proceso de atención es una las necesidades a cubrir. Esto entra dentro del proyecto de la neumonia Zero, que se ha implantado en las unidades de intensivos de España.
Los pacientes intubados tienen determinados factores por su estado patológicos que favorecen la colonización bacteriana:
• El paciente se encuentra en una situación de inmunosupresión con pobre salud oral y sequedad de la cavidad.
• La cavidad bucal tiene una reducción del volumen de saliva, disminución del PH, por lo que se facilita la colonización.
• Dentro del hospital se favorece el cuidado de la cavidad bucal dentro de los protocolos establecidos.
El procedimiento para el cuidado de la boca del paciente inconsciente e intubado es el siguiente:
• Se lavan las manos
• Se colocan los guantes.
• Ladear la cabeza si la patología lo tolera.
• Humedecer una torunda en solución antiséptica lavando la cavidad bucal (lengua, encías, dientes…)
• Las secreciones pegadas se debe untar de vaselina líquida porque se facilita su retirada y evita úlceras.
• Se cambia de torundas las veces que sean necesario.

• Mantener la boca abierta con un depresor o unas pinzas para facilitar el acceso si fuese necesario se utiliza una jeringa con antiséptico a la vez que se aspira.
• La higiene bucal incluye los labios y las zonas anexas.
• Se debe secar la zona externa para evitar heridas
• Se aplica vaselina.
• Se retira el material empleado en los lugares indicados.
• Se retiran los guantes.

## 5 Discusión-Conclusión

Una higiene oral completa disminuye la incidencia de infecciones y proporciona el bienestar y el confort del paciente crítico que evita problemas orales. Se propone un protocolo en cada servicio para cubrir las necesidades del cuidado bucal en estas personas ingresadas y minimizar el riesgo de aparición de problemas asociados.
En muchas ocasiones, las infecciones bucales conllevan la pérdidas de piezas dentales, muchas veces asociadas a la intubación, pero se debe a una mala higiene dental.
Con el cuidado adecuado se minimizan los riesgos de infecciones bucales y respiratorias como es la neumonía.
En algunas ocasiones y en algunos centros hospitalarios se puede introducir la figura del higienista dental para descargar el trabajo del equipo de enfermería, de tal manera que la higiene bucal sea realizada por un profesional adecuado.

## 6 Bibliografía

1• https://www.revista portalesmedicos.com/revista médica/cuidados enfermeros paciente intubado/
2• Enfermería de Urgencias: Técnicas y Procedimientos. Jean A. Proehl. Editorial Elsevier. España.
2005.
3• https://es.gsk.com/es
es/innovacion responsable/salud a tu alcance/8 consejos para mantener una buena higiene bucal/
4• https://es.slideshare.net/Sdesalud/higiene
bucal para ancianos e inmovilizados
5• Laura Martínez Olivares "el auxilar de enfermería en servicios especiales: UCI, urgencias, quirófano y diálisis. Logoss 6ª edición (tema 1)

## Capítulo 138

# EXPOSICIÓN DE LA FOTOTERAPIA POR EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA

DÉBORAH GÓMEZ DE LA CRUZ

NOELIA VICENTE PANTOJA

MARÍA ISABEL RUIZ DE LOS PAÑOS GARCÍA CALVO

ELSA SÁNCHEZ GARCÍA

ALBA VIOLETA VICENTE PANTOJA

## 1 Introducción

La fototerapia es un proceso muy esgrimido en las áreas o unidades los cuidados intensivos de neonatología y postnatales para la depreciación de los niveles de la bilirrubina en los recién nacido. Es un proceso muy fácil y sencillo y que este se va a realizar a partir de la aplicación de una luz a una distancia de entre 30 y 40 cm de separación de la superficie corporal posicionada encima de la piel completamente desnuda del neonato

En lo que a síntomas clínicos se refiere, que ven y se puede observar en el neonato o recién nacido, es la conocida y denominada ictericia neonatal o medicamente referenciada como hiperbilirrubinemia, que se evidencia por un tono en la piel de una coloración amarillenta, y a su vez también en las en las membranas de

las mucosas. El porcentaje se encuentra entre el 53 y el 72 % en los recién nacidos o neonatos, que expiden con esta ictericia neonatal y al respectivo en los prematuros se ve elevada esta incidencia.
La fototerapia es una de las destrezas y tratamientos más usados sobre la piel desnuda del recién nacido o del neonato que se le expone a la irradiación de la luz lo cual va a verse en beneficio de la eliminación de la bilirrubina, el paciente la excretará a través de la orina y de las heces.
La finalidad de esta investigación es darla a conocer y la instrucción en los posibles efectos adversos que se manifiestan en el neonato en el trascurso del proceso y del tratamiento con la fototerapia para su rápida evidencia, además de tramitar un plan de cuidados de enfermería más adaptado para la prevención y el tratamiento, dando unos cuidados en asistencia sanitaria de eficacia al neonato (1).
Es requerible de actuación médica tiene una incidencia alta y es una patología, más acuciante, durante la fase en los que son neonatos. Esta patología hace su debut, en torno a la primera semana de la vida, viéndose un aumento de las cifras en los bebes prematuros hasta del 80 %.

## 2 Objetivos

- Describir en que se basa la manifestación de la sintomatología en la ictericia en el recién nacido o neonato y los requerimientos que precisa, la aplicación de la fototerapia

## 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, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas

## 4 Resultados

La llamada ictericia del neonato es una patologia o alteración y que es sobrevenida por los depósitos de la bilirrubina en la sangre, las culpables serán

las alteraciones en el metabolismo y que pueden ser respecto a su motivo por muy diversos y múltiples factores o condicionantes.
En caso de no sufrir enfermedad o patología ninguna de base, en una gran mayoría de los recién nacidos o neonatos, la llamada ictericia neonatal se registra y documenta como, un proceso leve y que es puramente fisiológica. No será preciso de ningún tratamiento, aunque no por ello se debe caer en el descuido o no tomarla en consideración, con lo cual se debe ser muy observadores y prestar mucha atención, por si incurriese en la condición de la ictericia llamada patológica.
Otro motivo que nos podemos encontrar y que se manifieste en una ictericia neonatal es derivada de la lactancia materna. Ya que esta debutara en la primera semana de vida. Cuando no se da el caso de una completa ingestión, los movimientos peristálticos se ven ralentizados, y ya que estos últimos son los que van a ayudar a la reabsorción de bilirrubina, cuanto más mayor sea el número de tomas e ingestas durante los tres días primeros de vida, así mayor será el número de deposiciones y conllevara en la bajada de las cifras de bilirrubina (1).
Para poder controlar y medir los niveles y saber en qué concentración se encuentra la bilirrubina se practicará una prueba a través de la utilización, y mediante el bilirrubinómetro transcutáneo, la medición de la concentración se logrará, al posicionar en el esternón, la sonda de la medición, como la primera opción o como segunda opción en la frente del niño. Se hará una presión, tres veces consecutivas suavemente en el lugar de la medida, y se anotará la medición.
La fototerapia como tratamiento deberá y será por precepto de los facultativos, está será pautada siempre y cuando, se vea declarado un incremento anormal de las cifras de la bilirrubina. La fototerapia va a metabolizar, ya que esa es su finalidad, la bilirrubina que no es conjugada en bilirrubina si conjugada, actuando en que el recién nacido lo pueda expulsar por la orina y por las heces. Es el proceso más experimentado, por sus buenos resultados y además no incurre en demasiados costes y baja la probabilidad de tener que realizar la exanguinotransfusión, se aplica a nivel local. La luz azul es la más efectiva.

Procedimiento y cuidados durante la fototerapia:
• Comprobación del equipo.
• Separación entre lámpara y el techo de la incubadora, distancia entre 5 y 8 cm.
• Proteger al recién nacido con, protección ocular opaca
• Constantes vitales, siempre debidamente controladas
• No poner crema ni productos oleosos en la piel del recién nacido, por riesgo de quemaduras.

## 5 Discusión-Conclusión

Concluimos desde las evidencias y registros en esta investigación de la patologia en el recién nacido o neonato, que la prevalencia de la ictericia neonatal va a perjudicar entre el 53 %y el 72 % de los neonatos o recién nacidos y que los prematuros están más expuestos a sufrirla. Por eso, la detección precoz es de alta importancia para evitar las reacciones adversas que pueden pasar, las cuales llegan a ser tan negativas como el daño cerebral y con injerencia de parálisis, disfunciones en la visión o perdidas y alteraciones auditivas, pudiendo llegar a una discapacidad intelectual.

Por lo que, desde nuestras funciones como Técnicos en cuidados auxiliares de enfermería, es de especial prioridad el dar una asistencia, correcta y adecuada en los cuidados y el personal de enfermería será el responsable de prevenir y saber observar a tiempo la sintomatología y los signos que pueden evidenciarse de la Ictericia en el neonato o recién nacido.

## 6 Bibliografía

1 https://www.revista-portalesmedicos.com/revista-medica/cuidados-de-enfermeria-en-la-fototerapia-del-recien-nacido-con-ictericia/

2 https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/001559.htm

3 https://www.pediatriaintegral.es/publicacion-2019-05/ictericia-neonatal-2/

## Capítulo 139

# DESCRIPCIÓN DE LOS EJEMPLOS DE CAMAS EXISTENTES EN HOSPITALIZACIÓN POR EL 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

Los enfermos son ingresados en los hospitales para diagnóstico y tratamiento, siendo normales estancias prolongadas. Dentro del mobiliario hospitalario las camas y camillas son elementos imprescindibles para el trasporte y descanso de los enfermos hospitalizados. Las camillas se emplean para llevar a los enfermos a efectuar pruebas. Las camas se emplean para que el enfermo esté acostado durante su estancia hospitalaria.
La cantidad de camas hospitalarias que exige una población para atender a los enfermos que se encuentran ingresados dependerá de la tasa de utilización, los

ingresos y la estancia media. Hay cuantiosos tipos de camas dependiendo de la patología de los enfermos. Las camas hospitalarias son aquellas mantenidas regularmente, dotadas de personal y siempre disponibles de forma inmediata para su uso. Las camas para los cuidados curativos son camas para internar y cuidar a los enfermos donde las finalidades son las siguientes: conducir un trabajo de parto, perpetrar cirugías, establecer diagnósticos o procedimientos terapéuticos. Las particularidades de una cama hospitalaria son las sucesivas: están equipadas para que el enfermo ahorre energía, por eso muchas o la gran mayoría de ellas están monitorizadas, constituidas y diseñadas para que el personal sanitario llegue a los enfermos fácilmente, los colchones suelen ser duros para facilitar un buen y correcto soporte al cuerpo, están provistas de ruedas y frenado para moverlas o establecerlas fácilmente. Las ruedas son de goma para proteger de la humedad, aislar de fugas eléctricas y no hacer ruido en los traslados.

## 2 Objetivos

Exponer las diversas camas en las instituciones o centros sanitarios existentes en el ámbito hospitalario, y su utilización acorde de la intervención, hospitalización, patología o exploración más adaptada para el paciente

## 3 Metodología

Para la efectuación 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 tipo de camas hospitalarias que existen y para que se maneja cada una. Se ha consultado Google Académico.

## 4 Resultados

La cama más esgrimida y habitual en los hospitales es la cama mecánica articulada. Existen otros modelos diferentes, diseñados especialmente para cada patología.
La cama articulada posee somier metálico y se secciona en tres segmentos móviles para albergar diferentes zonas corporales. Los segmentos se movilizan mediante manivelas o eléctricamente. El superior es hacia la cabeza y la espalda, el central hacia la pelvis y el inferior se utiliza para las extremidades inferiores.

La cama ortopédica de Judet es un tipo de cama traumatológica. Está es beneficiosa para enfermos que sufren fracturas o parálisis de las extremidades. Tiene un marco o triángulo, denominado marco de Balkan, cuyo propósito es sujetar las poleas y el resto del equipo de tracción y sujetar el trapecio para que el enfermo pueda ayudarse en su movilización. El equipo de tracción tiene por finalidad aplicar fuerzas sobre huesos, músculos o articulaciones para alinear fracturas. Cuando se efectúa el procedimiento para hacer estas camas es importante no interrumpir la tracción.

La misión del armazón para volteo (Foster) de camas es facilitar el cambio postural en aquellos enfermos que no pueden hacerlo o que lo hacen con gran dificultad. El dispositivo manejado para voltear al enfermo consiente conservar la tracción que ejerce sobre cabeza y pies mientras dura el volteo. Debido a la cama electro circular la cama de Foster se encuentra en la mayoría de los hospitales en desuso.

La Cama electro circular o de Striker está desarrollada por dos armazones metálicos circulares, unidos entre sí por un plano rígido que gira sobre los anteriores. El viraje se efectúa por motor eléctrico y permite giros de 180º. Está ajustada para enfermos politraumatizados, grandes quemados y lesionados medulares.

La Cama libro es una virada de la cama articulada, pero a mayores permite la angulación lateral. Se maneja en enfermos que deben permanecer largos períodos de tiempo inmovilizados.

La cama de levitación accede que el enfermo permanezca en suspensión manejando un flujo continuo de aire. Se maneja en grandes quemados para evitar el contacto con cualquier accesorio de la cama.

Cama roto-test conserva en un giro continuo al enfermo, por lo que se maneja para la prevención de úlceras por presión ya que disminuye los puntos de roce en el cuerpo del enfermo.

La cama UCI tipo Gatch se trata de una cama que nos admite levantar al enfermo hasta poder colocarlo en posición de sentado.

La cama o mesa de quirófano es en la que se sitúa al enfermo que va a ser intervenido quirúrgicamente. Están fragmentadas en varios planos.

La cama o mesa de exploración, potro ginecológico se maneja para las exploraciones ginecológicas, así como para el momento del parto. Deben cubrirse con una sabanilla antes de colocar al enfermo y será cambiada después de su utilización.

La cama bariátrica es un tipo de cama específica para enfermos con obesidad mórbida, que puede soportar pesos de entre 400 - 500Kg.

La incubadora se emplea para salvaguardar a los recién nacidos prematuros en

un ambiente adecuado de temperatura y humedad, con el fin de certificar sus condiciones de vida. Permite la manipulación del bebé desde el exterior.

## 5 Discusión-Conclusión

Las camas y camillas constituyen parte del mobiliario hospitalario por ello, es muy significativo que estén en buen estado y funcionen correctamente. Si no funcionaran de forma correcta repercutirá tanto en la comodidad del enfermo como en la salud física del trabajador.
También son de gran importancia a la hora de hacer la vida más fácil a las personas discapacitadas, con problemas de movimiento o convalecientes, como para sus cuidadores. Llegamos a conclusión que de contamos con muy varios tipos de camas dependiendo de la patología del enfermo, por lo que se pueden manejar para prevenir enfermedades secundarias como pueden ser las úlceras por presión, como la rápida recuperación de lesiones que en camas universales no se podría lograr.

## 6 Bibliografía

1. https://revistamedica.com/camas-hospitalarias.
2. https://auxiliarenfermeria.es/tipos-de-camas-hospitalarias.
3. https://www.mheducation.es/bcv/guide/capitulo/8448177002.pdf.
4. Auxiliar de enfermería. Evangelina sexta edición. Mc Graw- Hill.

## Capítulo 140

# EL TÉCNICO DE CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN LA ATENCIÓN PRIMARIA

MARIA JOSE MURILLO FERNANDEZ30210335L

VERÓNICA VERGARA VERGARA

EVA TRUJILLO UTRILLA

LAURA GONZALEZ ABAD

PILAR GALIANO PUERTAS

## 1 Introducción

La atención primaria es de vital importancia en el sistema sanitario porque posee los indicadores del nivel de salud de cada comunidad teniendo especial en cuenta la curación y prevención de las enfermedades y promociona la salud. El buen trabajo de atención primaria se debe a un gran equipo multidisciplinar dentro de los centros de salud trabajando de forma complementaria entre todos. La atención primaria se realiza mediante fórmulas de trabajo en equipo, se atiende a cada paciente, a nivel individual, familiar y comunitario a través de programas de promoción de salud, prevención, curación, rehabilitación a través tanto de los medios básicos como de los equipos de apoyo a la atención primaria.
Las actividades relacionadas con la comunidad son muy importantes ya que se parte de la base de que muchos de los problemas que tienen lugar en una persona

se debe su origen a la comunidad donde reside por lo que se emplean programas de salud, que son actividades programadas y planificadas para actuar sobre grupos de población concretos y prevenir los problemas o promocionar la salud. Para conseguir la máxima operatividad y eficacia en el funcionamiento de los servicios de salud a nivel primario las áreas de salud se dividirán en zonas básicas de salud.

## 2 Objetivos

Dar a conocer el funcionamiento general de un centro de salud y las funciones del Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería en Atención Primaria.

## 3 Metodología

El capítulo está desarrollado a través de una revisión bibliográfica avanzada en diferentes libros y páginas web oficiales de auxiliar de enfermería en el ámbito de la atención primaria. La plataforma donde he buscado información es en google chrome a través de páginas web públicas.

## 4 Resultados

Estructura del centro de salud .
El centro de salud es un edificio destinado a la prestación de servicios sanitarios a los usuarios de una comunidad concreta. La localización donde se encuentra ubicado es en zonas accesibles de la población para una fácil localización y distribución en función de la densidad de población o número de habitantes de la ciudad.
Se divide en: o Puerta principal con acceso a personas minusválidas. o Consultas tanto médicas como de enfermería. o Consultas de servicios generales que incluye:
1. Inyectables: La medicación que se va a administrar de forma intramuscular o subcutánea y de forma regular. Estos pacientes pertenecen al grupo de servicios comunes.
2. Curas: Se realizan en la misma sala que los inyectables. Como auxiliares de enfermería nos encargaremos de participar de forma activa con el enfermero si lo necesita, así como la limpieza, colocación del material de las curas o la reposición o material utilizado en la cura.

3.Extracciones. Nos encargaremos de que esté disponible todo el material a utilizar como gasas, tubos, agujas, jeringas, comprensores, guantes etc.
Los tubos deberán ir correctamente llenos con la cantidad de sangre que indica la etiqueta con el código de barras adjudicado. o Sala de espera. o Unidad de rehabilitación. Incluye materiales y aparatos para realizar la gimnasia. o Sala de RX y laboratorio. o Sala de esterilización. Aquí se desinfecta todo el material que se utiliza en las curas y otras actividades. Somos los responsables de la limpieza, esterilización, empaquetamiento, colocación del material para que esté disponible para el personal de enfermería. o Almacenes. Donde se conserva todo el material a utilizar. o Sala de urgencias. o Otros departamentos:
- Sala de estar.
- Despachos.
- Sala de juntas.

Funciones del técnico de auxiliar de enfermería.
- Contribuir a la mejora de la calidad del sistema de salud.
- Realizar la higiene, alimentación y aseo del paciente.
- Colaborar en las pruebas de diagnósticos y en la aplicación de tratamientos.
- Ayudar en las labores de promoción de salud y prevención de enfermedades, así como la atención a los enfermos y la rehabilitación de las secuelas por la enfermedad.
- Participar en la elaboración del diagnóstico de salud de la zona, planificación, organización y evaluación de los programas.

Visitas y avisos domiciliarios.
Las visitas domiciliarias son programadas y prolongadas en el tiempo a enfermos:
- Crónicos.
- De edad avanzada.
- Con diabetes o hipertensos.

Los avisos domiciliarios son demandas puntuales de los servicios médicos o de enfermería que surgen diariamente. Puede ser debido a:
- Una urgencia médica.
- Por enfermos crónicos porque no pueden desplazarse en ese momento por algún empeoramiento.
- Para atender a prescripciones médicas como administración de medicamentos.
- Pacientes dados de alta en el hospital y necesitan algún cuidado.

Este tipo de visitas o avisos se pueden producir en días intermitentes, diariamente, semanal o cada 15 días.

## 5 Discusión-Conclusión

En conclusión, la atención primaria del paciente es de vital importancia en la salud. Gracias a una atención satisfactoria distribuida a lo largo de los años del paciente es muy importante porque de ello depende que el paciente desarrolle patologías y nosotros como especialistas consigamos detectárselas a tiempo para que no empeore gravemente. Con una atención primaria plena conseguimos superar los niveles de calidad establecidos y cumpliremos con la satisfacción plena de los pacientes. Como auxiliares de enfermería siempre velaremos por la promoción de la salud y prevención de enfermedades, así como la atención a los pacientes y su posterior rehabilitación.

## 6 Bibliografía

1. https://es.wikipedia.org
2. https://www.cursosypostgrados.com

## Capítulo 141

# EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN GINECOLOGIA , OBSTETRICIA Y NEONATOS

MARIA JOSE MURILLO FERNANDEZ30210335L

VERÓNICA VERGARA VERGARA

EVA TRUJILLO UTRILLA

LAURA GONZALEZ ABAD

PILAR GALIANO PUERTAS

## 1 Introducción

Un neonato o recién nacido es un bebé que tiene 27 días o menos de vida, bien sea por parto vaginal o por parto abdominal , conocido como cesárea. Este período de vida es de vital importancia , representa una etapa corta, suceden cambios muy rápidos que pueden tener consecuencias importantes para el resto de la vida del niño. Durante estos primeros 27 días de vida , se detectan la mayoría de los defectos congénitos y genéticos . No todas las anomalías genéticas se manifiestan por su clínica en el momento del nacimiento , ni intraútero , a veces son necesarios unos días para que determinadas patologías se manifiesten en el recién nacido.

El presente trabajo pretende dotar al Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería (TCAE) de las herramientas necesarias para tener una buena actitud atendiéndoles de forma correcta y eficaz.
Hay dos tipos de pruebas para el diagnóstico :
- De screening o de detección , se realizan a partir de sangre materna, inocuas y más inespecifícas.
- Pruebas diagnósticas: se realizan cuando hay una prueba de detección positiva o historia sospechosa o examen ecográfico dudoso, pueden suponer un riesgo para el feto o la madre, son más especifícas.

La amniocentesis se utiliza para verificar la salud del bebé antes de nacer. El líquido amniótico contiene células que son expulsadas por el feto.

## 2 Objetivos

Actualizar conocimientos útiles para los TCAE en los cuidados del neonato en los centros hospitalarios.

## 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.
La colaboración entre todo el personal se hace indispensable.

## 4 Resultados

Como es sabido el parto consta de tres fases : período de dilatación , período expulsivo , y alumbramiento.
Lo más frecuente es que la gestación tenga como resultado el nacimiento de un bebé sano y sin problemas, pero no hay que pasar por alto que aproximadamente el 10% de todos los neonatos precisan de cuidados especiales.Influyen significativamente las condiciones socioeconómicos desfavorables , enfermedades maternas, problemas fetales, problemas durante el parto y problemas neonatales.
Las condiciones que aumentan la vulnerabilidad del recién nacido prematuro son:
- Inmadurez pulmonar.

- Cardiovascular.
- Gastrointestinal y hepática.
- Neurológica.
- Hematológica.
- De la piel.
- Inmunológica.
- Renal.
- Endocrina.

Los problemas de salud del recién nacido son alteraciones respiratorias agudas como la taquipnea transitoria , el distrés o síndrome de aspiración meconial.
También no debemos olvidarnos de las infecciones neonatales y trastornos digestivos.
Los trastornos neurológicos son los más frecuentes en neonatos donde encontramos: la encefalopatía hipóxico-isquémica , la hemorragia intracraneal , la leucomalacia periventricular y las convulsiones.
Durante las primeras respiraciones del neonato se expanden los pulmones y se eleva la presión que tiene el oxígeno en los pulmones y en las arterias.
Una vez ha empezado a respirar , se debe colocar al bebé sobre el abdomen de su madre , cubriéndole con un paño estéril tibio, para que tenga el primer contacto visual y corporal con su madre. Tras esto se corta el cordón umbilical , se sitúa en una mesa donde recibe calor radiante y se practica si precisa , una aspiración suave de la boca.
Tras estas maniobras , hay que calcular el test de Apgar que es el método práctico para valorar de manera sistemática a los neonatos después del parto y poder identificar a los que necesitan reanimación.
El test de Apgar se mide al minuto y a los 5 minutos , si es menor de 7 indica una asfixia que puede ser :

- Leve de 5 a 7.
- Moderada de 3 a 5.
- Grave de 0 a 2 .

Una vez conocidos los problemas y trastornos de los neonatos debemos lograr implementar medidas preventivas para evitarlos.

## 5 Discusión-Conclusión

Como sanitarios debemos estar atentos de todos los signos de alarma que observemos , en la alimentación por sonda, cuidados de la piel , higiene y muy im-

portante vigilar los monitores. La participación de los padres es muy importante en el cuidado de neonatos.
La correcta orientación a los padres de los bebés también es muy importante , puesto que evita que se produzcan accidentes o errores en el manejo del recién nacido al alimentarlo, el baño, vestirlo, limpiarlo, y otras tareas en la que los padres menos experimentados no son diestros.
En conclusión , la atención al recién nacido por parte de los sanitarios es primordial y necesaria para la vida del bebé.

## 6 Bibliografía

1. http://scielo.org/es
2. http: //www.neonetos.org
3. http://www.prematuros.cl
4. http://www.revista-portalesmedicos.com

## Capítulo 142

# EL TECNICO DE CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERIA Y LA NUTRICIÓN ENTERAL EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS (UCI)

MARIA JOSE MURILLO FERNANDEZ30210335L

VERÓNICA VERGARA VERGARA

EVA TRUJILLO UTRILLA

LAURA GONZALEZ ABAD

PILAR GALIANO PUERTAS

## 1 Introducción

En las Unidades de Cuidados Críticos es elevado el grado de estrés. Un 40 % de pacientes críticos están mal nutridos, lo que provoca:
- Alteraciones bioquímicas.
- Disminución del peso corporal, pérdida de masa muscular y pérdida de inmunidad.

La nutrición enteral preserva la estructura y la función de la mucosa gastrointestinal manteniendo su efecto barrera.
Hay dos tipos : la nutrición enteral y la nutrición parenteral.

El concepto es la mezcla de nutrientes químicamente definidos que se administra en el tubo digestivo mediante sondas, a nivel gástrico o intestinal . Contienen hidratos de carbono , proteínas, lípidos, vitaminas, minerales y agua.
Si hay una obstrucción en la sonda se hace un lavado con agua tibia y /o movilizar ligeramente la posición de la sonda. Hay que prevenir con un lavado regular cada 6 horas con 50 ml , triturar y diluir adecuadamente y por separado los fármacos a administrar. Hay que hacer un lavado antes y después de la administración de fármacos con al menos 10 ml de agua. Pueden aparecer erosiones de la mucosa . Su prevención es la vigilancia / medidas de contención en pacientes de riesgo ( agitados). Comprobación de la posición una vez por turno . Colocar una marca en el extremo externo de la sonda para saber la posición.

## 2 Objetivos

El objetivo de este capítulo es conocer las utilidades y aplicaciones de la nutrición enteral en la unidad de cuidados intensivos por parte del tecnico de cuidados auxiliares

## 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. La colaboración entre todo el personal se hace indispensable.

## 4 Resultados

Los tipos de preparados enterales se clasifican según el aporte de nutrientes en :
- Completas : cubren las necesidades nutricionales.
- Suplementos : complementan las necesidades de nutrientes que reciben por otras vías.
- Módulos : aportan uno de los principios inmediatos para completar una dieta insuficiente.

Las sondas que utilizamos pueden ser de silicona , polivinilo o poliuretano.

Las de polivinilo ( tipo Salem o Levin ) son de grueso calibre y su rigidez puede dar lugar a lesiones por decúbito en las mucosas nasofaríngea , esofágica o gástrica .Es recomendable su sustitución por sondas de menos calibre y rigidez tan pronto como se compruebe la correcta tolerancia a la nutrición enteral (NE).
Las más indicadas son las de poliuretano , muy flexibles , con alto grado de biocompatibilidad , paredes finas , mas luz interna , línea radiopaca y con fiador incorporado . El calibre óptimo para adultos está entre 8 y 12 Fr , ideal 10 Fr. En su técnica de colocación el técnico en cuidados auxiliares de enfermería (TCAE) prepara el material , junto con el enfermo (DUE) informan al paciente y piden colaboración . Se eleva la cabecera a 45 grados , se lavan las manos y se colocan los guantes. Hacer que el paciente flexione la cabeza para favorecer el cierre de la vía aérea y la progresión hacia el estómago. Se ayuda en la comprobación insuflando 10-20 ml de aire con la jeringa mientras el/la DUE ausculta. Se aspira lentamente con una jeringa de 50 cc si se obtiene contenido , podemos estimar que la sonda está en el estómago. Por último, se fija la sonda a la nariz.
- Según la complejidad de las proteínas pueden ser : poliméricas , peptídicas o oligoméricas.
- Según el contenido proteico se clasifican en : normoproteicas y hiperproteicas.
- Según su densidad energética en : hipocalóricas , normocalóricas y energéticas.
- Y existen con o sin fibra.

Los preparados de NE se deben almacenar en un lugar limpio , seco y fresco , evitando fuentes de calor directo con productos químicos u otros elementos contaminantes . Una vez abierto el envase , si éste se mantiene a temperatura ambiente , se recomienda consumir el preparado en 6 horas mientras que si se mantiene refrigerado (entre 4 y 8 grados ) hasta un máximo de 24 horas.
Hay 2 métodos de administración :
- Administración continua que consiste en la administración de la fórmula por goteo durante 24 horas con ayuda de una bomba de infusión.
- Administración en bolos que consiste en administrar mediante bolo , con jeringa o goteo por gravedad un volumen inferior a 400 ml . Se realizan de 5 a 8 tomas en función del volumen total a administrar y de la tolerancia del paciente.

Hay que tener una fijación segura de la sonda y el cuidado de la zona. Hay que limpiar diariamente la parte externa con agua tibia , jabón y aclarar , y el interior de la sonda cada 6 horas inyectando 50 ml de agua . Una vez preparada la alimentación y purgada la bomba se procede a iniciar la NE a un ritmo de 20 ml/h.
Cada 6 horas se comprobarán residuos gástricos , si son menores de 50 cc se le devolverán al paciente. Si es menor de 100 cc se aumentará la velocidad en 10

ml/h , si es entre 100-200 ml /h se continuará igual y si es mayor de 200 ml , se suspenderá 4 horas y se reiniciará a mitad de la velocidad que llevaba . Las complicaciones más frecuentes de NE son : mecánicas , infecciosas , gastrointestinales , metabólicas, etc.

## 5 Discusión-Conclusión

La nutrición enteral es el método de elección en la administración de nutrición por ser segura y económica. El TCAE desempeña una labor fundamental en el manejo de la nutrición enteral.
La formación , actuación y detección de complicaciones es fundamental para realizar la administración y seguridad para el paciente. Es necesaria la existencia de un grupo de trabajo nutricional y la calidad de vida de nuestros pacientes.
El TCAE tiene que conocer los diferentes tipos de dietas que existen . Hay que comprobar que la dieta del paciente sea la correcta . El desarrollo de las unidades de nutrición en el hospital , con profesionales especialmente dedicados al soporte nutricional es clave para conseguir una relación coste- beneficio y para llegar a la excelencia de lo cuidados.

## 6 Bibliografía

1. https: // scielo . org
2. https: // revista-portalesmedicos.com.
3. https//wwwwho/int/topics/nutrition/es
4. https//dietéticaynutricionweb

## Capítulo 143

# LA INTERVENCIÓN DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) EN CUANTO A LOS TRASTORNOS ALIMENTICIOS

RAQUEL PORTAS RIOS

## 1 Introducción

Los trastornos alimenticios o trastornos de la conducta alimentaria TEA, hacen referencia a un conjunto de enfermedades crónicas y progresivas, trata de una seria de signos y síntomas en donde destaca una alteración de la autoimagen, esto provoca el miedo al subir de peso y adquirir una serie de valores mediante la imagen corporal, teniendo en cuenta que hay otros tipos de trastornos en los que se ingiera una gran cantidad de comida superior a la que comería una persona en un día de su vida, luego esto provoca sentimiento de angustia y de culpabilidad por lo que se provoca el vómito o se ingieren laxantes, es decir, obtienen diferentes medios para la purgativa o eliminación de los alimentos previamente ingeridos.
En los últimos 40 años atrás, estos trastornos alimenticios, eran cada vez mucho más frecuente entre los adolescentes. Algunos de los estudios sobre estos trastornos, presentan un cantidad bastante alta lo que causa preocupación, destacando las mujeres sobre todo.
Se da que entre el 1 y 2 % de las mujeres sufren del trastorno de anorexia nerviosa (AN), y entre 1 y 3 % sufren bulimia nerviosa (BN). Estos trastornos alimenticios se manifiestan en una parte del 10 a 1 en las mujeres con razón a los hombres, aunque en los últimos años aumentó la cifra de hombres que los sufren.

## 2 Objetivos

El objetivo principal de este capítulo es saber y conocer los signos y síntomas de esta enfermedad para poder tratarla.

## 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

Distinguiendo de los diferentes síndromes también se pueden nombrar como trastornos de la ingestión de alimentos:
El trastorno por atracón: este trastorno se denomina así por la excesiva ingesta de alimentos, es decir, se ingiere en dos horas o un poco de menos período de tiempo, una cantidad superior a la que ingiere una persona normalmente en un día. Después aparece la fase de la prohibición alimentaria, que esto causa que la energía vital sea menor y se siente la necesidad excesiva de comer. Cuando el individuo, comienza a comer de nuevo, hace que la ansiedad sea menor, su estado de ánimo es mejor, el individuo reconoce o se da cuenta que lo que está haciendo no es correcto, entonces llega el sentimiento de culpabilidad, aunque el individuo sigue haciéndolo teniendo en cuenta que no es bueno para su salud.
El trastorno de la bulimia: el individuo siente fases de hambre pero este viene seguido de ayuno y vómitos, también del uso de laxantes u otro métodos como medio purgativo o eliminativo de los alimentos previamente ingeridos. Estas personas tienen una preocupación excesiva por su imagen corporal respecto a las críticas de la sociedad, también tienen sentimientos de depresión, ansiedad, culpabilidad. Las personas que sufren este tipo de trastorno como lo es la bulimia, pueden tener 15 ataques o fases a lo largo de la semana. Los grupos más vulnerables son los jóvenes, pero en mayor número las mujeres, también influye a personas que hayan padecido el trastorno alimentario de la anorexia, o hayan experimentado dietas alimenticias sin ningún tipo de control. También intervienen y influyen los factores biológicos, psicológicos y sociales que están presentes en todos estos trastornos alimenticios.

Algunas de las funciones que puede desempeñar el TCAE en cuanto a estos trastornos pueden ser los siguientes:
El aseo a los pacientes, cambio de pañal en caso de que lleven, cambios posturales, controles de líquidos y diuresis, cambio de la ropa de cama, suministrar medicación y alimentos.

## 5 Discusión-Conclusión

Es muy importante la figura del profesional sanitario de la salud como el TCAE, porque siempre esta en primera línea en contacto directo con el paciente en todo momento apoyándole tanto a él o ella como a sus familiares y otros seres queridos que les acompañen.
Siempre están las 24h a disposición de las necesidades del paciente. En ese caso, teniendo en cuenta los tipos de trastornos alimenticios que existen, deben de tratar a cada uno de modo diferente adaptándose a las necesidades de cada uno de ellos teniendo en cuenta los tipos de trastornos que sufra cada uno y atenerse a las necesidades que tenga cada paciente.

## 6 Bibliografía

Casanueva, Esther (2008). Nutriología Medica. México: Medica Panamericana. pp. 128-129.
Soutullo Esperón, César (2010). Manual de Psiquiatría del niño y el adolescente. Madrid: Medica Panamericana. pp. 181-194.
Salcedo Meza, Concepción (2002). «¿Como vez?». La adicción por la delgadez (2).
Baile, José; Raich, Rosa María; Garrido, Emilio (2003). «Evaluación de insatisfacción corporal en adolescentes: efecto de la forma de administración de una escala.». Anales de Psicología 19 (2).
Borda, Mercedes; et al. (2009). «). Prevención de los trastornos de la conducta alimentaria (TCA) en chicas preadolescentes : eficacia de un programa multiplíquese e interactivo en el seguimiento a un año». Revista de Psicología conductial 2009 17 (3): 499-521.

## Capítulo 144

# CUIDADOS BASICOS DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) ANTE LA EXTRACCION MANUAL DE UN FECALOMA

MERCEDES VIRTUDES VALERO ARROYO

ROSA LEÓN PALOMO

CARMEN CUBERO RUIZ-CALERO

DAVID CHICA CUÍN

CARMEN MARIA PEREZ RUIZ

## 1 Introducción

En muchas ocasiones el estreñimiento en la vejez es un problema sanitario que puede llegar a afectar a todo el tubo digestivo.
El estreñimiento es una afección en la cual la persona podría tener menos de tres evacuaciones a la semana; las heces son duras, secas o grumosas; la evacuación de las heces resulta difícil o dolorosa; o queda una sensación de que la evacuación no fue completa.
Para poder entender el tema en cuestión se puede definir fecaloma como acumulación de heces endurecidas y compactas en el recto y/o en el colon que el

paciente no puede expulsar espontáneamente. Frecuentemente el fecaloma se encuentra en la ampolla rectal.
Es muy frecuente en ancianos, personas inmovilizadas o pacientes con cáncer debido a la medicación para paliar el dolor(morfina).
La sintomatología es a nivel de náuseas, vómitos sin llegar a expulsar el contenido gástrico, dolor abdominal, retención urinaria, entre otros.
Se llega a hablar de fecaloma cuando la persona presenta además de la sintomatología anterior se encuentra mareada, cansada debido a que presenta incluso anorexia, deja de ingerir alimentos.
Es importante documentar e informarse que tipo de paciente se le va a practicar la técnica, ya que en algunos pacientes incluso nos puede llegar a realizar un episodio vasovagal.

## 2 Objetivos

-Describir y conocer la técnica de extracción manual de fecaloma a un paciente que se encuentra hospitalizado por el TCAE.

## 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 nuestra revisión bibliográfica se ha podido incluir artículos y formación adecuada para una correcta realización de la técnica de extracción de un fecaloma por parte del TCAE.
- Lo primero que debe realizar el TCAE es preparar todo el material necesario para la técnica, como toallas, empapador, cuña, jabón, guantes no estériles, lubricante anestésico.
- El TCAE debe conocer la situación tanto a nivel somático como psicológico del paciente. Puede ser la situación de un paciente encamado, inconsciente o un paciente parapléjico etc. Esta maniobra está contraindicada en pacientes con

enfermedad anorrectal (hemorroides dolorosas, fisuras, abscesos) o recién intervenidos de una enfermedad en esa zona. Depende del tipo de paciente la técnica será la misma, pero se tendrán que valorar otras posibles complicaciones, vasovagal etc.
- El TCAE con ayuda del celador se le colocara decúbito lateral derecho con rodillas y caderas flexionadas al paciente, con previo aviso de lo que se le va a realizar.
- Se administrará el lubricante anestésico y se dejará actuar unos 10 min aproximadamente.
- Suavemente realizamos movimientos rotatorios con la intención de romper el fecaloma, extrayendo los fragmentos de la materia fecal y depositándolos en la cuña. Repetimos esta maniobra hasta conseguir retirar la mayor cantidad posible de material fecaloide, realizando pausas para favorecer el descenso de la masa fecal y descanso del paciente
- Durante todo el procedimiento como anteriormente se comento el TCAE deberá valorar al paciente, si posee signos de palidez, hipotensión, diaforesis etc.
- Una vez realizada la extracción se retiran los guantes y se dejara cómodo al paciente. Y comenzar con unos hábitos de vida con el paciente para evitar la formación de otro fecaloma, mediante la dieta, ejercicio en casos que se pueda realizar.
- El TCAE debe comprobar si existe sangrado, no forzar la técnica.

## 5 Discusión-Conclusión

El papel del TCAE en esta técnica es muy importante ya que conoce todo el tipo de material a preparar para esta. Se debe como se ha mencionado conocer que tipo de enfermedad o patología tiene el paciente con todos los síntomas y todas las posibles complicaciones que pueda llegar a padecer el paciente en ese procedimiento.
Es una técnica que con lleva una intimidad y protección de los derechos del paciente y observando en todo momento si existe algún signo que nos demuestre que tenga dolor u cualquier otro síntoma.
Como se ha documentado en nuestros resultados el TCAE debe tener control absoluto de toda la técnica y procedimiento.

## 6 Bibliografía

- Botella Dorta C. Extracción manual de un fecaloma situado en ampolla rectal. [Internet] Fisterra.com. Publicado 2005.

- Quintana Gómez J.L., Morell Sixtob M.E. Impactación fecal. Actitud clinicoterapéutica. Jano EMC. 1999; 56:30-1.
- Jordi Mascaró a, Francesc Formiga Revista Española de Geriatría y Gerontología [Internet] Vol. 41 Núm. 04. 2006.

## Capítulo 145

# INTERVENCION DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) EN UNA SALA DE PARTOS DE UN HOSPITAL CONVENCIONAL

MERCEDES VIRTUDES VALERO ARROYO

DAVID CHICA CUÍN

ROSA LEÓN PALOMO

CARMEN CUBERO RUIZ-CALERO

CARMEN MARIA PEREZ RUIZ

## 1 Introducción

Una gestante es una mujer la cual esta en una etapa en la cual el embarazo puede llegar a 42 semanas, aunque en muchas ocasiones el parto se adelanta y el neonato puede llegar a nacer antes de este tiempo
La sala de partos es en donde se finaliza la gestación de una mujer, al llegar a las 42 semanas, aunque en muchas ocasiones puede provocarse el parto antes por problemas en el feto o riesgo vital en la mujer. Para ello el personal debe estar formado adecuadamente en este tema y debe tener experiencia previa a este parto.

Esta sala debe de ser lo más estéril y aséptico posible, deberá estar conectada con una sala en la que se encontrará el peso y para realizar la higiene del neonato nada más nacer. Dispondrá de equipos de carro de paradas, oxígeno y materiales adecuados a las necesidades de un parto normal o un parto que pueda surgir complicaciones. Esta sala debe estar también conectada con una habitación en la que deberá estar la paciente antes de las contracciones de parto y tras el parto para poder estabilizarla y poder trasladarla después.
El equipo del paritorio estará formado por la matrona, TCAE y DUE.

## 2 Objetivos

- Conocer las funciones y cuidados básicos que debe realizar el TCAE en la sala de paritorios.
- Describir el procedimiento en la sala de partos.

## 3 Metodología

Se ha llevado a cabo una revisión bibliográfica con las bases de datos de Pubmed, Scielo, Chrocrane.
Se han añadido artículos que se incluían textos en los que nos incluyen que funciones debe realizar el TCAE en la sala de partos.
Palabras Clave: Neonato, parto, gestación.

## 4 Resultados

- En nuestra revisión bibliográfica hemos podido documentar que tipo de cuidados ha de proporcionar el TCAE en una sala de partos para que no exista ninguna complicación ayudando a la matrona o enfermera en su caso durante el procedimiento.
- El TCAE debe realizar la preparación de instrumental como son entre un paño estéril, una pinza de cordón y mesa de partos, con sabanillas, preparación de la paciente. Entre otros materiales, pero estos son los básicos para un parto normal
- El TCAE también previo al parto debe tener la preparación de cuna para el neonato, realizada con sabanas que no estén arrugadas ni con ningún tipo de utensilios que puedan realizar algún tipo de fricción en la piel del neonato.
- Preparación de oxigenación, prueba de talón. En muchas ocasiones según el protocolo del hospital también se realiza la huella del neonato en una hoja con

datos personales de este y se entrega a los padres de recuerdo de su nacimiento
- El TCAE deberá estar familiarizado con los neonatos y su experiencia con ellos y Cogerá al neonato, pesará y vestirá. Colocará pulsera identificativa de este. Lo depositara en la cuna que ha preparado anterior para este. Se lo llevara a la madre una vez que esta esté en la habitación para que comience el apego del bebe y su madre.
- Al finalizar recogerá todo contabilizando todo lo que se ha empleado y anotando que el contaje del material esta correcto para evitar posibles negligencias y avisará al personal de limpieza para desinfección de la sala de partos.
- El TCAE deberá anotar y registrar todo el trabajo que ha realizado en el historial de la paciente y con quien ha estado desempeñando ese turno el trabajo.

## 5 Discusión-Conclusión

En una sala de partos es un trabajo importante ya que de aquí puede comenzar una nueva vida.
El trabajo es bonito ya que como se ha podido documentar en nuestros resultados se va a formar un apego entre el neonato y su madre.
El TCAE debe poseer la formación imprescindible para efectuar correctamente este tipo de trabajo y no ser su primer día de trabajo, ya que puede realizar alguna negligencia que puede conllevar a una situación judicial o complicada.
Se ha escogido este tema ya que el TCAE si forma parte también de un equipo que esta en una sala de partos y que no está muy visible.

## 6 Bibliografía

- Paulina Bravo VA, Claudia Uribe TB, Aixa Contreras M. El cuidado percibido durante el proceso de parto: Una mirada desde las madres. 2008.
- Ministerio de Sanidad Política Social e Igualdad; Plan de Parto y Nacimiento. Estrategia de Atención al Parto Normal; pág.13. Disponible en: https://www.mscbs.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/planPartoNacimiento.pdf
- Aguaron Benítez, G.; Mecanismos de adaptación del feto a la vida en el nacimiento. Exploración y reanimación del recién nacido; 2011; págs. 1 a 6. Disponible en: http://www.chospab.es/area_medica/obstetriciaginecologia/docencia/seminarios/2011-2012/sesion20111005_1.pdf.

## Capítulo 146

# CONOCIMIENTOS DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) ANTE LOS SUCESOS CAUSANTES DE BAJA LABORAL DURANTE EL TRAYECTO DE TRABAJO IN ITENERE

MERCEDES VIRTUDES VALERO ARROYO

DAVID CHICA CUÍN

ROSA LEÓN PALOMO

CARMEN CUBERO RUIZ-CALERO

CARMEN MARIA PEREZ RUIZ

## 1 Introducción

Los empleados con contrato de trabajo vigente ya sea a nivel privado como a nivel publico tienen una serie de protocolos que incluyen que bajas laborales entran a formar parte de responsabilidad del empresario.
El término denominado accidente de viaje es una sentencia de 1954 que se utiliza en la doctrina jurídica desde entonces, aunque algunas sentencias emplean

otras denominaciones como accidente de trayecto, accidente de trabajo en la vía. accidente in itinere.
También hay que reconocer que accidente de trabajo es cualquier lesión corporal o fractura de hueso que sufra un trabajador durante la jornada laboral.
Existen otros tipos de accidentes los cuales pasan a llamarse accidente de misión, y es diferente a un accidente sobre la marcha, ocurre fuera de la zona habitable, pero según las indicaciones de la empresa, ordenando la ejecución de los trabajos de la empresa a la que pertenecen. No contemplado en el itinerario, pero la empresa debe asumir la misma responsabilidad.
El personal comunicara el o sus familiares o incluso testigos que se encuentren en el hecho, en caso de que este no este capacitado debido a las lesiones sufridas el echo inmediatamente y esta causara la baja laboral con responsabilidad directa de la empresa a la que pertenece.

## 2 Objetivos

- Describir tipos de accidentes in itinere y no en el caso de un trabajador con un contrato vigente contratado por cuenta ajena.

## 3 Metodología

Se realiza revisión bibliográfica sobre publicaciones en internet, la cual nos llevó a bases de datos en las que nos han incluido que tipo de accidentes in itinere pueden ser respaldados por la empresa y cuáles pueden ser excluidos por esta.
Las bases de datos consultadas han sido Medline, Scielo y Cochrane Library.
Las palabras utilizadas en DECS fueron accidente, Trabajador, transporte, ley.

## 4 Resultados

Este tipo de accidentes pueden ocurrir dentro o fuera del horario laboral o internamente de forma que se considere un riesgo para el trabajador y que se deben considerar in itinere y serán responsabilidad del empresario. Como consecuencia baja laboral.
- De acuerdo con la ley, se considerará estar en el trayecto como sufrimiento que sufra el trabajador en o camino al trabajo, saliendo o yendo al trabajo con una diferencia horaria. Pérdidas sufridas por un trabajador mientras o como resultado de ocupar un cargo electoral sindicalizado. Los realizados en actos de

el salvamento y otros de la naturaleza análoga, cuando ambos tengan relación con el trabajo. Enfermedad o lesión que vuelve a ocurrir después del accidente de una lesión causada por un accidente antes del accidente. Acudir a una consulta médica donde la empresa haya accedido a dar de baja al trabajador. (García Blasco, J; Pedrosa Alquezar, 2006). - Cuando un trabajador conduzca bajo los efectos del alcohol, drogas o sustancias tóxicas, cuando maneje temerariamente sin respetar la señal o cualquier indicación del semáforo, no se considera accidente de tropiezo, policía.

- En cuanto a nivel de trabajo y que pueda llegar a considerarse también baja laboral a nivel estrés psicológico también puede ser una baja laboral con responsabilidad directa de la empresa.
- Las agresiones entre compañeros por disputas del trabajo no son considerados accidentes in itinere ya que no deberían realizarlas si no intentar tolerarse y empatizar uno con el otro. Aunque sea a nivel cordial, como algún autor ha comentado en su articulo al trabajo no se va a hacer amigos si no tolerar a los compañeros.

## 5 Discusión-Conclusión

Es importante que el trabajador conozca sus derechos a la hora de firmar un contrato y conocer que tipos de riesgos laborales esta expuestos y a su vez que tipo de responsabilidad tiene la empresa con todo lo nombrado en nuestros resultados. Se debería dar un borrador a la firma del contrato con todos los derechos y deberes del trabajador.

Se ha decidido utilizar este tema pues cualquier trabajador debe estar respaldado por su empresa siempre que le suceda cualquier imprevisto que no este causado por este y sea accidentalmente.

Se ha utilizado un lenguaje claro, conciso y que cualquier persona pueda interpretar incluso sin conocer el tema en cuestión.

## 6 Bibliografía

García Blasco, J; Pedrosa Alquezar,2006, El accidente in itinere, Un enfoque esencialmente preventivo pág.2336

- Vallejo Dacosta R, Lafuente Pastor V P,2016; MARCO JURÍDICO DE LA SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO.
- Sánchez Rodas N, 2012; El accidente in itinere, p 87.

- Arias Domínguez A, Sempere Navarro. A: (2015); ACCIDENTES LABORALES DE TRÁFICO”

## Capítulo 147

# TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA CONSECUENCIAS Y MEDIDAS A TOMAR EN EL SÍNDROME DE BURNOUT

MARÍA ISABEL RUIZ DE LOS PAÑOS GARCÍA CALVO

NOELIA VICENTE PANTOJA

DÉBORAH GÓMEZ DE LA CRUZ

ELSA SÁNCHEZ GARCÍA

ALBA VIOLETA VICENTE PANTOJA

## 1 Introducción

El síndrome de burnout es una respuesta a un entorno de estrés laboral crónico, el Síndrome de Burnout y que es alargado en el tiempo y al que se le asocia como probable culpable de los elevados porcentajes de absentismo en el trabajo del ámbito sanitario, que presentan los trabajadores y de la gran desmotivación en su centro de trabajo.

Dicho síndrome de burnout, fue detallado y desgranado por primera vez mencionado por Herbert J. Freudenberger un Psicólogo estadounidense, aunque de origen alemán, en hacer evocación a la sintomatología del agotamiento del profesional, lo que le llevo a estudiarlo muy minuciosamente ( Herbert J. Freudenberger, 1974 ), pero la enunciación mayoritariamente aceptada ha sido la de la

psicóloga social Maslach y Jackson, teniendo en deferencia el burnout como en reseña a " un síndrome tridimensional de agotamiento o cansancio emocional ( « CE » ), despersonalización ( « DP » ) y baja realización personal ( «RP » ) ".
El síndrome de burnout es tenido en consideración como un problema de salud pública ya que incurre en consecuencias nefastas tanto a nivel emocional como al nivel físico en la persona en la que se ve afectada. El personal de enfermería y demás profesionales de la sanidad, son trabajadores que pueden desarrollar esta manera de síndrome ya que dicha profesión involucra el contacto continuo y directo con personas enfermas y que crean mucha demanda asistencial, donde el profesional se ve envuelto emocionalmente, además del contacto con difíciles casos emocionales de atención al dolor, las situaciones terminales o incluso la muerte.

## 2 Objetivos

-Conocer el significado del síndrome del Burnout y el menoscabo de este en las profesiones de personal de enfermería en especial del Técnico en cuidados auxiliares de enfermería (TCAE).

## 3 Metodología

Se ha realizado una búsqueda bibliográfica o revisión bibliográfica en las principales bases de datos científicas como CUIDEN, PubMed, Scielo y Dialnet, utilizando palabras clave como "burnout", "agotamiento profesional", "enfermería y "desgaste profesional". En dichas bases se usaron Descriptores en Ciencias de la Salud (DeCS) y los Medical Subject Headings (MeSH), además de lenguaje libre para aumentar la precisión de la búsqueda que utiliza términos del lenguaje cotidiano.

## 4 Resultados

Como efecto primordial de este estudio y sus resultados, se evidencia que concurre gran controversia en cuanto a la ocurrencia del burnout en los profesionales de enfermería, ya que existen registros que demuestran que su prevalencia es del 0 , 9 % y nos podemos encontrar con otros en los que se describen hasta el 67 % , aunque de forma extensiva podemos decir que se evidencia un nivel medio alto del referido síndrome.

Sabater llego a la conclusión de que, las mujeres presentan un mayor «CE » que los varones y esto se asocia a que las mujeres suelen sobrellevar una carga mayor de trabajo por el establecido doble rol como ama de casa y trabajadora fuera de ella. De la misma manera, los contratados que son fijos, los profesionales que han incurrido en alguna baja en los últimos años o los que trabajan en las unidades de oncología o más especiales o en unidades de críticos respecto a los centros de « Atención Primaria » o unidades crónicas, manifiestan con más frecuencia « CE ».

Múltiples y diversos estudios, no solo evalúan el nivel de burnout entre el personal de enfermería, sino que también se tasó cuales son los detonantes que se dan con mayor recurrencia o que tienen más importancia en esta profesión. De esta manera, se identificaron como condicionantes detonantes en la profesión de enfermería, con una alta incidencia de aparición:

- Practicar los cuidados de enfermería que son dolorosos.
- Practicar tareas de más que no son de las propias funciones del personal de enfermería.
- Sentir la impotencia en los casos de los pacientes que no mejoran.
- Propiocepción de no estar capacitado o suficientemente preparado, además de las dudas en el tratamiento médico.
- La presión en la asistencia de asumir demasiados ingresos en muy corto tiempo.
- Falta de personal para trabajar adecuadamente en las necesidades que se requieren en el servicio.
- Interrupciones frecuentes y sensación de no acabar en la realización del trabajo.
- Escasez de tiempo para proporcionar y apoyar emocionalmente al paciente.
- Ser testigo del sufrimiento de los pacientes.
- La gran carga de trabajo.
- No ser conocedor del manejo y funcionamiento de un equipo.
- Encontrarte con compañeros qué, no enseñan ni ayudan.

## 5 Discusión-Conclusión

Aunque en la realidad se evidencia y existe alguna discrepancia entre los valores que se encontraron registrados del citado en este artículo del síndrome burnout, éste representa una verdad lo suficientemente relevante como para poderse tener en cuenta y poder dar comienzo a planificar el establecimiento tanto en el ámbito institucional, como en el laboral y sobre todo en el personal, que ayuden y contribuyan a aumentar los beneficios y mejorar el bienestar de los profesionales de enfermería y mejorar el ambiente y trabajo laboral. Lo que conllevará y se

verá repercutido beneficiosamente, a la hora de proporcionar una buena y mejor atención a los pacientes y usuarios y un mejor funcionamiento de la organización sanitaria, además de una buena salud mental de los profesionales.

## 6 Bibliografía

1. Sánchez Alonso, P, Sierra Ortega, V.M. Síndrome de Burnout en el personal de enfermería en UVI. Enfermería Global. [Internet]. 2014 ;13(1): 252-266. Disponible en: http://revistas.um.es/eglobal/article/view/176811/157191.
2. Giménez Velázquez, Cristina; Morales Ruiz, Carmen; Arnaldos Gonzálvez, Ma Ángeles; Aroca Rubio, Eulalia; Molina Moreno, Cristina. Prevalencia del Síndrome del Burnout en los profesionales de urgencias del Hospital Universitario Reina Sofía de Murcia. Rev Paraninfo Digital [Internet]. 2013; 7 (19).
3. Casa Tacar, P, Rincón Rodríguez, Y, Vila Candel, R. Síndrome de Burnout: enfermedad silenciosa. Enfermería Integral. [Internet]. 2012 ;100(1): 19-24. Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/262726799_Sindrome_de_Burnout_Enfermedad_silenciosa
4. Sánchez romero, S. Prevalencia del Síndrome de Burnout en profesionales de Enfermería de las Unidades de Cuidados Críticos y Urgencias del Hospital Médico- Quirúrgico de Jaén. Rev. Enfermería del Trabajo [Internet]. 2014 ;4(4): 115-125. Disponible en: https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5213004
5. Ríos Rísquez, M, Martínez cano, F, Sabuco Tebar, E, Lozano alguacil, E, Mateo Perea, G. Quiero cambiar de servicio ¿Estoy quemado? Enfermería de Urgencias. 2012;35(5): 376-381.
6. Leal Docampo, P, De pablo Jarque, I. Rehabilitar en psiquiatría ¿quema al personal de enfermería? Enfermería Global. [Internet]. 2014. ;13(4): 156-167. Disponible en: http://revistas.um.es/eglobal/article/view/175881
7. Blas Robledo, Mónica. Síndrome de Burnout y Calidad de Vida Profesional Percibida en matronas de Vizcaya (País Vasco). Evidentia. [Internet]. 2013; 10(43). Disponible en: https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4589273

## Capítulo 148

# LA ACTUACIÓN DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) EN PACIENTES CON SONDAJE VESICAL.REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA

LUISA RUS SUAREZ

MARIA SANDRA MARTINEZ VILLARES

CRISTINA CUERVO ALMEDINA

MARIA ANGELES RICO GONZALEZ

CRISTINA SÁNCHEZ GONZÁLEZ

## 1 Introducción

Una sonda vesical es un tubo de tamaño muy fino que se usa para ayudar a expulsar la orina del cuerpo. Este tuvo se introduce en la uretra hasta llegar a alcanzar la vejiga y asi poder conseguir una evacuación constante de la orina al exterior. Podemos encontrar dos tipos diferentes de sondas vesicales:

- Intermitentes: este tipo de sondaje vesical se emplea cuando el paciente tiene una incontinencia urinaria y vaciado incompleto de la vejiga debido a que sufre un daño neurológico en los nervios que controlan la micción o también puede ser debido a otras causas.

El sondaje lo puede poner el propio paciente o por la persona que este a cargo del paciente. Este tipo de sonda vesical se utilizara dependiendo de la capacidad de la vejiga del paciente.

- Permanentes: es cuando el catéter se fija a la vejiga con un balón lleno de aire. Este tipo de sondaje vesical se utiliza en pacientes que han sido intervenidos quirúrgicamente y se necesita controlar la cantidad de orina que se expulsa o también para drenajes continuos de la vejiga. En este tipo de sondaje es necesario la intervención de personal sanitario cualificado. El tipo de catéter más utilizado es la " Sonda de Foley". Lleva un balón y es desechable.
Puede ser de diferentes tipos:
- Catéter estándar de dos vías: por una de las vías mediante una válvula se hincha el globo y la otra vía se emplea para el drenaje permanente de la vejiga.
- Catéter estándar de tres vías: este tipo de vías se emplean en situaciones como pueden ser para un lavado continuo de la vejiga y de la próstata después de haber sido intervenidas quirúrgicamente.
- Catéteres reforzados de dos y tres vías: se les conoce también como catéteres de hematuria y de taponamiento. Se emplean también en urología.

## 2 Objetivos

Los objetivos específicos los hemos dividido en tres:
- Establecer las competencias de conocimientos, habilidades y actitudes necesarias ante pacientes son sandaje vesical.
- Mejorar el abordaje multidisciplinar en cuanto al sondaje vesical.

## 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

Material necesario:
- Sonda vesical.
- Lubricante urológico estéril o un agente de deslizamiento desechable.

- Sistema colector cerrado con control de diuresis horaria o bolsa colectora estándar.
- Bata estéril y mascarilla.
- Gasas estériles. Guantes estériles.
- Paño fenestrado estéril.
- Jeringa de 10 ml, suero fisiológico estéril. - Antiséptico, povidona yodada.

Papel de enfermería en la técnica de inserción del catéter vesical:

- Colocar al enfermo en la posición adecuada: en posición ginecológica si se trata de una mujer y si es un hombre en decúbito supino con las piernas ligeramente separadas.
- Preparación cuidadosa del material: preguntar el calibre y el tipo de catéter adecuados. Lavado de manos y uso de guantes no estériles.
- Higiene de los genitales, colocar un salvacamas debajo del paciente, asear los genitales con agua y esponja jabonosa, y secar.
- El enfermero/a procederá a sondar al enfermo con la máxima asepsia, para ello, previo lavado quirúrgico de manos se colocará unos guantes estériles, extenderá el paño estéril sobre los genitales e irá colocando sobre el paño todos los materiales que le va a ir suministrando el auxiliar de manera estéril.
- Suministrar la povidona yodada para la desinfección de los genitales y el lubricante urológico.
- Cuando comience a fluir la orina tener preparado el sistema colector para conectar la sonda urinaria al tubo colector. Fijar con esparadrapo, sin tensión, la sonda al muslo del paciente.
- Suministrar la jeringa de 10 ml y el suero fisiológico para inflar el balón de la sonda.
- Colocar correctamente el tubo colector y fijar adecuadamente el depósito de control de diuresis horaria y/o la bolsa colectora, a la cama.
- Evitar la depleción brusca de la vejiga en pacientes con retención urinaria, pinzando la sonda unos 20 minutos, después de eliminar de 300-500 ml.
- Retirada de un sondaje vesical: evacuar completamente el balón, para ello se utiliza una jeringa de 10cc y se aspira lentamente la solución fisiológica. A continuación, retirar la sonda lenta y suavemente. Anotar la diuresis, desechar todo el sistema y asear al enfermo. Registrar la primera micción tras retirar la sonda. Otra forma es pinzar la sonda y ver si el paciente tiene reflejo. Se despinza y se comprueba lo que expulsa (3 veces se hace eso).

Cuidados de enfermería en el sondaje vesical:

- El lavado de manos antes y después de las manipulaciones y el uso de guantes constituyen medidas básicas a seguir en el mantenimiento de estos catéteres.

- El cuidado diario del catéter incluye el lavado con agua y esponja jabonosa de los genitales y de la sonda; para ello, mover bien la sonda en sentido rotatorio con el fin de evitar adherencias, no intentar nunca introducirla. A continuación, desinfección del meato uretral mediante la aplicación de un antiséptico, comola povidona yodada. La bolsa colectora se cambiará cada 8 horas o antes si es preciso.
- Prevención de las úlceras por presión en la zona genital y perianal. Evitar tensiones y tracciones del catéter en las movilizaciones.
- No elevar nunca el sistema colector por encima del nivel de la vejiga del paciente, sin antes haber pinzado la sonda.
- No desconectar la sonda del sistema colector, si esto es necesario, adoptaremos las debidas medidas de asepsia. Evitar que la bolsa colectora esté en contacto con el suelo.

Zonas de peligro de infección:
- Punto de unión de uretra- sonda.
- Unión sonda con colector.
- Punto de vaciado de la bolsa (espita).

## 5 Discusión-Conclusión

El cateterismo vesical es un procedimiento que se realiza de manera frecuente por el personal de enfermería por lo que es importante realizar la técnica correcta y mantener los cuidados adecuados para evitar complicaciones. Una formación adecuada y el conocimiento del material por parte del auxiliar de enfermería ayuda al enfermero o enfermera a una asistencia de calidad.

Recuerda que el trabajo colaborativo es la mejor forma de realizar las actividades. Un buen trabajo en el procedimiento del sondaje vesical ayudará a que el paciente se recupere más rápidamente y ello contribuirá a que la estancia en el hospital no se alargue más de lo necesario.

## 6 Bibliografía

1. Cateterismo. J. Sokeland, Dortmund.
2. Manual de Urgencia Médicas. ED. Toray- Barcelona.

## Capítulo 149

# ACTUACIÓN DEL TCAE EN PACIENTES CON SÍNDROME DEPRESIVO

MARIA SANDRA MARTINEZ VILLARES

LUISA RUS SUAREZ

CRISTINA CUERVO ALMEDINA

EDWIN RONALD ANGELES ESPINOZA

## 1 Introducción

La depresión es una enfermedad o trastorno mental que se caracteriza por una profunda tristeza, decaimiento anímico, baja autoestima, pérdida de interés por todo y disminución de las funciones psíquicas que puede ser transitorio o permanente.
La depresión puede suceder en personas de todas las edades. Los niños pueden presentar síntomas distintos a los de los adultos. Vigile especialmente los cambios en el rendimiento escolar, el sueño y el comportamiento.
La depresión se caracteriza por períodos prolongados, superiores a dos semanas de ánimo bajo y apatía, pero presenta una amplia variedad de síntomas que Sánchez-Cabezudo describe:
Afectivos: tristeza, ansiedad, irritabilidad, incapacidad para disfrutar, pensamientos suicidas, desesperanza o culpa.
Cognitivos: indecisión, olvidos o pérdida de concentración.

Somáticos: fatiga, cambios en el apetito o peso, insomnio, hipersomnia, disfunción sexual, cefalea, problemas de estómago, dolor torácico, agitación…
Existen varios tipos de depresión que requieren un abordaje diferente:
- La depresión mayor.
-La distimia es un tipo de depresión menos grave.
- El desorden bipolar.
-El ciclo maniaco.
-Depresión posparto.
Haber padecido una depresión aumenta el riesgo también. Existen diversos tratamientos. Uno de los más utilizados es la terapia grupal, aunque en ocasiones también es necesario tomar antidepresivos. Respecto a estos fármacos, existe cierto medio de que se puedan transmitir al niño a través de la leche.

## 2 Objetivos

-Establecer las competencias de conocimientos, habilidades y actitudes necesarias en los profesionales para el manejo de pacientes depresivos.
-Conocer la importancia de una realización eficaz del manejo de los pacientes depresivos.

## 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 Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería tiene como función proporcionar el mayor bienestar posible al enfermo, tanto físico como psíquico, servirle de ayuda en los casos en que alguna de sus capacidades esté afectada y no pueda desempeñar ciertas funciones.
Respecto al bienestar psíquico el Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería debe:
- Individualizar el problema
- Dar soporte emocional

- Evitar el aislamiento
- Buscar objetivos concretos
- Valorar del riesgo autolítico
- Insistir en lo importante que no es dejar la medicación, aunque en principio no note mejoría
- Fomentar momentos de ocio
- No presionarle. No contestar por el y darle tiempo para responder
- Vigilancia continua, incluso en los momentos en que aparentemente se encuentre mejor
- No abrumarlo
- Proporcionarle orientación.

En cuanto a las relacionadas con el bienestar físico el Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería deberá:

- Ayudar a los enfermos en su aseo e higiene diaria.
- Ayudar para que el paciente pueda vestirse adecuadamente.
- Cubrir las necesidades de alimentación en caso de pacientes dependientes También es muy importante la prevención. Los programas de prevención reducen la depresión. Una forma de prevenir es realizar programas escolares para promover un modelo de pensamiento positivo entre los niños y adolescentes.

Los programas dirigidos a los padres de niños con problemas de conducta pueden reducir los síntomas depresivos de los padres y mejorar los resultados de sus hijos. Los programas de ejercicio para las personas mayores también pueden ser eficaces para prevenir la depresión.

El Técnico Auxiliar de Enfermería puede ser una figura de apoyo, ajeno a dinámicas familiares ya establecidas, puede expresarle ciertos conflictos y al que expresarle malestares y angustias sin miedo a recibir un juicio moral. En este aspecto, establecer una relación de confianza con el paciente es el primer paso.

## 5 Discusión-Conclusión

Se ha podido sacar en conclusión que llegar a prevenir e identificar de manera rápida los síntomas de la depresión, supone una gran importancia en la sociedad actual.

Por otra parte, también es importante saber cuál es el tratamiento y las técnicas adecuadas para lograr mejorar el estilo de vida de las personas que sufren esta depresión.

El técnico en cuidados auxiliares de enfermería (TCAE), juega un papel muy importante en la atención que proporciona en el día a día a este tipo de personas

que sufren depresión.
Este personal sanitario es necesario que muestre un acercamiento sobre estos pacientes para que se sientan arropados en todo momento y nunca se sientan solos y abandonados.

## 6 Bibliografía

1- www.enferpro.es
2- www.scielo.org.es
3- https://medlineplus.gov.spanish

## Capítulo 150

# TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE): ALIMENTACIÓN, HIGIENE Y EJERCICIO DE LA MUJER GESTANTE

ESTHER AMADO SANTAMARINA

ANGELES PENA LLANES

## 1 Introducción

El Servicio de Ginecología y Obstetricia se encarga de pacientes mujeres en las características relacionadas con el aparato reproductor.
Primero se ve la diferencia entre Ginecología y Obstetricia:
Ginecología: Se encarga de las enfermedades del aparato reproductor femeninos (alteraciones del ciclo sexual, tumores e infecciones).
Obstetricia: Se encarga de proporcionar a las mujeres todos los cuidados referentes al embarazo, parto y el puerperio; ninguna se considera enfermedad, aunque, de todas formas, a veces ocurren dificultades como por ejemplo un parto que necesita ser realizado por cesárea.

Cuando hablamos sobre los cuidados relacionados con estos dos términos destacamos con creces la importancia de ofrecer un buen cuidado y apoyo psicológico a las pacientes.
Sea cual sea la situación, suele ser común que las chicas encuentren sentimientos en ella de inseguridad, culpa, pudor... Por eso, es importante mantener una

relación estable de ayuda para que disminuyan esos pensamientos. Así mejorará su situación y se podrá colaborar con mayor facilidad.
Como en todo lo relacionado con la salud, sabemos claramente que no sólo hay que tratar a las personas enfermas y las enfermedades de estos, sino que también se deben de prevenir estas para que no ocurran desgracias.
A continuación, se detallarán algunos beneficios y cuidados que se deben llevar a cabo durante el embarazo, que abarcarán desde la alimentación hasta el ejercicio.

## 2 Objetivos

Conocer los beneficios de una buena alimentación, higiene y ejercicios durante el embarazo.
Identificar los ejercicios que se deben evitar durante el embarazo.
Reconocer qué acciones pueden peligrar el buen desarrollo del embarazo.

## 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

Durante la gestación se deben realizar exámenes prenatales de manera regular para proteger la vida del bebé y de la madre.
A lo largo del embarazo, se irá realizando un correcto control del desarrollo y crecimiento del bebé mediante una serie de pruebas de diagnóstico prenatal (entre ellas, destacan los análisis de sangre/orina, exploraciones del cuello uterino, ecografías…).
Además de lo mencionado anteriormente, la alimentación, la higiene y el ejercicio puede ayudar a mantener un estilo de vida correcto y adecuado para el bebé.
Alimentación:
El estado nutricional es un factor que en muchos casos es decisivo para el curso de la gestación. Interfieren diferentes situaciones que pueden comprometer al estado materno.

A continuación se nombran algunas situaciones que pueden interferir en el bienestar y buen desarrollo del bebé: bajo peso durante el embarazo, consumo de drogas, malos hábitos de apetito, ganar peso de menos de 1 kg en los primeros 3 meses de embarazo, entre otros.
Higiene: Se considera higiene como el grupo de medidas que se dirigen a la mejoría de las condiciones de la salud gestante. Dentro de estas caben destacar: la higiene de boca, cuidado de las mamas, higiene sexual, higiene relacionada con las vestimenta y calzado, higiene mental…
Ejercicio: por último, hacemos referencia al ejercicio adaptado, ya que éste tiene múltiples beneficios, tanto para la madre como para el bebé. Algunos de estos beneficios son: aliviar dolores de espalda y mejorar la postura, ayudar a conciliar mejor el sueño, preparar al cuerpo para el nacimiento del bebé, recuperar de manera más rápida la forma del cuerpo…
Aunque también hay que tener en cuenta que si en algún momento se sienten sintomas como mareos, palpitaciones, falta de aire, dolor en espalda o pelvis etc… se deberá parar.
Para ello, se debe evitar realizar aquellos ejercicios que requieran: rebotar, saltar, cambiar de manera brusca o rápidamente de dirección, arriesgarse a lesionar la zona abdominal, entre otros.
Para finalizar, cabe destacar los cuidados obstétricos, que son aquellos que pretenden que la madre esté en un buen estado durante el embarazo para favorecer un correcto desarrollo fetal y control de este.

## 5 Discusión-Conclusión

Dentro de este proceso, hay que realizar una correcta higiene, alimentación y ejercicios para lograr el mayor bienestar posible tanto para el bebé como para la madre. Para ello, se deben instaurar en el día a día hábitos de vida saludables y evitar aquellos ejercicios físicos que sean muy bruscos, ya que estos pueden provocar un riesgo para el bebé y para la madre.
Durante todo este proceso, el equipo profesional que acompañará a la madre, debe ser comprensivo y empático, resolviendo sus dudas y explicándole en todo momento qué pruebas se van a realizar.
Por último, cabe destacar que el proceso puede incidir directamente en la salud de la madre, por lo que se deberá realizar un correcto seguimiento de la misma (antes, durante y después del embarazo).

# 6 Bibliografía

- https://kidshealth.org/es/parents/preg-health.html
- https://www.drcapmartin.com/sites/default/files/cuidados%20generales%20durante%20el%20embarazo.pdf
- https://educacioninicial.mx/infografias/cuidados-durante-el-embarazo/

## Capítulo 151

# ACTUACIÓN DEL PERSONAL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) ANTE QUEMADURAS EN INFANTILES. REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA

CRISTINA CUERVO ALMEDINA

LUISA RUS SUAREZ

MARIA SANDRA MARTINEZ VILLARES

EDWIN RONALD ANGELES ESPINOZA

## 1 Introducción

Según la organización Mundial de la Salud (OMS) las quemaduras en la piel se producen por el calor o la radiación.
La radioactividad, la electricidad o productos químicos. Las quemaduras son lesiones en la piel. Su mayor causa por los agentes son los siguientes: físicos, químicos, y biológicos.
Las quemaduras constituyen la tercera causa de la muerte por lesiones en menores de 14 años, y la segunda en menores de 4 años. Pueden producir secuelas funciones y psicológicas. En Estados Unidos, las quemaduras representan un promedio de 1.230 visitas al día en los servicios de Urgencias. En España cerca

del 95% de estas lesiones son tratadas en Atención Primaria y se clasifican dependiendo de la profundidad.
El cuidado de paciente son quemaduras y sigue siendo para el Técnico en cuidados Auxiliares de Enfermería un reto, por la ansiedad que presentan ante el dolor y la limitación de la movilidad.
El Técnico en Cuidados de Auxiliar de Enfermería tiene que conocer las complicaciones de un paciente quemado y cómo actuar ante la situación. Tiene que conocer las características específicas del tratamiento de quemaduras en niños y conocer la importancia del diagnóstico y de los planes de cuidados en Enfermería y determinar los cuidados.

## 2 Objetivos

Establecer las competencias de conocimientos, habilidades y actitudes necesarias ante quemaduras..
Mejorar el abordaje multidisciplinar en cuanto a las quemaduras en infantiles.

## 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

Según establece la Guía de prevención y Cuidados de Las personas con quemaduras, para actuar sobre una persona que presenta quemaduras primero hay que observar y valorar las dimensiones de la misma. Las quemaduras se clasifican atendiendo a la profundidad y al grado de la lesión.
Pueden variar la lesión, siendo menor y superficial hasta la perdida severa de la piel. Cálculo de porcentajes de superficie corporal quemada:
- Genitales y zona perianal 1%.
- Brazo, incluida la mano al 9%.
- Cabeza y cuello el 18%.

- tronco: pecho y abdomen 18% y espalda 18%.

- Pierna: incluida el pie y la nalga 13% por delante y por detrás.
Profundidad:
- 1° grado: afectan a la capa externa de la piel.
- 2° grado: afectan a la capa externa y la capa subyacente de la piel, causa dolor, enrojecimiento, hinchazón y ampollas , pudiendo dejar cicatrices.
- 3° grado: afecta a la capa profunda de la piel, causa piel blanquecina, oscura o quemada.
Las quemaduras se dividen en dos grupos:
- Quemaduras menores: 1° grado en cualquier parte del cuerpo y quemaduras de segundo grado de menos de 5-7 centímetros en ancho.
- Quemaduras mayores: 3° grado, quemaduras de segundo grado de más de 5-7 centímetros de ancho y quemaduras de segundo grado en menos , pies, cara , inglés, y glúteos.
También se clasifican según porcentaje de superficie corporal quemada:
1. Quemadura menor ( son de segundo grado menor del 10%)
2. Quemadura moderada no complicada (son de segundo grado y entre el 10% o 20% oscila ) 3. Quemadura grave. ( Quemaduras de segundo grado más del 20% en niños).
Todas las quemaduras de tercer grado mayores o igual al 10% de SCTQ y afectan ojos, oídos, cara, pies , perineo, y articulaciones. La cura en ambiente húmedo mediante la utilización de apósitos que controlen el exudado , este parece el tratamiento más beneficioso y extendido desde su creación. La sulfadiazina plata tiene un gran poder contra las bacterias.

## 5 Discusión-Conclusión

El Técnico en Cuidados De Enfermería tiene que saber de las quemaduras producen una respuesta hipermetabólica debido al aumento de la perdida de calor y de la actividad beta - adrenérgica.
Después de que se produce una lesión por quemaduras, el paciente tiene que afrontar un sentimiento de culpa, ansiedad y depresión.
En la infancia, las quemaduras suelen ser frecuentes y se pueden tratar con diferentes tratamientos utilizando el más beneficioso.
Es importante que el técnico en cuidados auxiliares de enfermería ha de adquirir los conocimientos necesarios para poder tratar correctamente las quemaduras pediátricas y lograr la pronta recuperación del paciente.

## 6 Bibliografía

Http//www. Manejo de las quemaduras en Atención Primaria.
Http//www. Cuidados de enfermería de los niños con quemaduras.
Http//www. Enfermedades de la infancia.

## Capítulo 152

# EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE). PRECAUCIONES EN CUANTO AL AISLAMIENTO DE CONTACTO. REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA

MARTA BUENO GONZÁLEZ

GLORIA RODRÍGUEZ BARBA

EVA CÁMARA MENGUEZ

EDWIN RONALD ANGELES ESPINOZA

## 1 Introducción

Casi a diario en cualquier centro hospitalario es algo rutinario atender a personas que muchas veces sin saberlo, pueden estar transmitiendo algún tipo de enfermedad contagiosa. Debido a eso, una de las medidas que se tienen que llevar a cabo es el aislamiento por contacto siempre que tengamos la sospecha de que ese paciente que llega al centro hospitalario puede ser portador de alguna enfermedad contagiosa, ya sea a través del contacto directo que podamos tener con él o por el contacto con objetos que haya tocado el paciente contagiado.
Con esta medida anteriormente mencionada, lo que se quiere es evitar a toda costa que se produzca una diseminación de los microorganismos creando unas barreras protectoras entre las personas y los microbios.

El contacto con los microorganismos puede producirse de dos maneras: a través del contacto directo o mediante el contacto indirecto.

- El contacto directo: se dice que hay contacto directo cuando existe un contacto de piel con piel y los microorganismos pasan de una persona infectada a la persona sana.
- El contacto indirecto: se produce cuando tocamos un objeto que anteriormente fue tocado por una persona infectada y depositó en dicho objeto los microorganismos. Al tocar ese objeto contaminado los microorganismos pasaran del objeto a la persona sana.

Para que se produzca una transmisión tiene que haber 3 elementos claves:
Una fuente, un huésped y una vía de entrada.

## 2 Objetivos

Establecer las competencias de conocimientos, habilidades y actitudes necesarias en los profesionales para el manejo de precauciones por parte del personal tcae en cuanto al aislamiento de contacto.
Conocer la importancia de una realización eficaz del manejo frente al aislamiento de contacto por parte 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

El aislamiento de contacto se realiza en los pacientes que cuando acuden al centro hospitalario, tenemos la sospecha de que pueden ser portadores de alguna enfermedad contagiosa ya sea a través de contacto directo o del contacto indirecto. Un ejemplo serían los pacientes que están infectados con SMRA, con Hepatitis A, escabiosis, etc.
Hay una serie de recomendaciones encomendadas para este tipo de aislamiento:

- Cuando un personal ya sea sanitario o no sanitario va a entrar en contacto directo con un paciente, es necesario que utilice guantes, mascarilla quirúrgica

o en su defecto una ffp2 y una bata antes de que vaya a entrar en la zona donde le espera el paciente. Antes de que el personal sanitario entre en la zona donde está el paciente, es muy importante habilitar otra zona justo antes de entrar para que este sanitario pueda vestirse antes de entrar y desvestirse una vez que salga de la zona donde está el paciente y desechar el material de manera correcta con el objetivo de no propagar al exterior los microorganismos que se encuentren adheridos a la vestimenta usada.

- También es muy importante realizar un lavado de manos frecuente justo antes y después de estar en contacto con este tipo de pacientes. Esta es una medida que la tienen que aplicar todo el personal como es el sanitario, el no sanitario y los visitantes del paciente. Es de vital importancia no llevarse las manos a la cara antes de desinfectarlas.
- una vez usados los guantes desechables, se recomienda tirarlos lo antes posibles para no contaminar ningún objeto.
- La habitación donde está el paciente tiene que ser individual excepto cuando hay otro paciente contaminado con lo mismo, en este caso si pueden compartirla.
- La habitación de este tipo de pacientes tiene que estar siempre cerrada.
- En la entrada de estas habitaciones deberá de figurar unas instrucciones para seguir correctamente.

Todas estas medidas tienen la finalidad de evitar que los trabajadores puedan contagiarse.

## 5 Discusión-Conclusión

Es muy importante realizar correctamente el aislamiento por contacto para evitar que cualquier trabajador ya sea sanitario o no sanitario pueda contagiarse y a su vez contagiar a sus compañeros o familiares originando de esta manera un brote. Todas las habitaciones que son ocupadas por pacientes infectados, es de vital importancia señalizarlas para que ninguna persona pueda entrar por error sin las medidas de protección necesarias.

El tcae, por ser un trabajador sanitario que mantiene un contacto más directo con el paciente, debe de aplicar estrictamente todas las medidas mencionadas anteriormente.

Por último, decir que los familiares de estos pacientes han de ser informados en todo momento de las medidas de seguridad, ya que son desconocedoras de ellas.

# 6 Bibliografía

1. Rubio T, de Jalón J. G, Sanjuan F, Erdozain M. A, de Murieta J. S, Escobar E. Control de infección. Precauciones estándar. Política de aislamientos. In Anales del Sistema Sanitario de Navarra (Vol. 23, pp. 105-121).
2. Precauciones y aislamientos ante patología infecciosa. Servicio de M. Preventiva del Hospital Ramón y Cajal de Madrid. 2002
3. Fernandez Seijas A. Aislamientos hospitalarios según categorías. Medwave 2003 Abr;3(3):e2806 doi: 10.5867/medwave.2003.

## Capítulo 153

# ACTUACIÓN DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) EN LA UNIDAD DE ESTERILIZACIÓN. MATERIAL DE GINECOLOGÍA. REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA

GLORIA RODRÍGUEZ BARBA

MARTA BUENO GONZÁLEZ

EVA CÁMARA MENGUEZ

## 1 Introducción

El instrumental médico-quirúrgico debe ser resistente, inoxidable, antirreflectante, desmontable total o parcialmente, y fácil de limpiar.
Suele ser de acero inoxidable, aunque también podemos encontrar elementos de aluminio, plata, cobre, materiales plásticos (PVC, silicona, caucho, látex, silkolátex, etc.), materiales sintéticos duros, vidrio y cerámica. Las aleaciones que se utilizan deben tener propiedades específicas para hacerlos resistentes a la corrosión cuando se exponen a sangre y líquidos corporales, soluciones de limpieza, esterilización.
Según su uso, el instrumental puede ser desechable o reutilizable (con esterilización).

El TCAE es la persona encargada de realizar la esterilización de todo el material que posteriormente será utilizado para el diagnóstico o tratamiento de los pacientes, por ejemplo, en una cirugía, por lo que es de vital importancia que sepa reconocer todo el material e instrumental sanitario que llega a la central de esterilización para su correcta clasificación y devolución al servicio al que pertenece.
El servicio de esterilización es una parte fundamental en el correcto y seguro funcionamiento de un centro hospitalario, ya en este ámbito existen una amplia cantidad de microorganismos patógenos, lo que supone un riesgo de infección tanto para pacientes como para personal sanitario.
La esterilización es el proceso por el cual se obtiene un producto libre de microorganismos

## 2 Objetivos

Conocer como personal sanitario formado en cuidados auxiliares de enfermería algunas cuestiones básicas relacionadas con el material que pertenece a ginecología, saber identificarlo para su embolsado y etiquetado correcto en el servicio de esterilización.

## 3 Metodología

Para la elaboración 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 ginecología es la ciencia que se encarga del estudio del aparato reproductivo femenino y de las patologías asociadas al mismo. Los profesionales que se encargan de esta especialidad se conocen como ginecólogos.
Material e instrumental de Ginecología:
- Legras o cucharillas para raspado uterino: se usan para eliminar los restos de abortos espontáneos y para cortar sangrados cuando no funcionan otros métodos.
- Cepillo para citología: sirve para realizar un frotis (obtención de muestras) de las células que se desprenden del cuello uterino y la vagina.

- Valvas vaginales: posee un mango para traccionar de ella y una lámina que termina en ángulo de 90º. Se utilizan para separar en profundidad (contenido pélvico).
- Separadores: como los estudiados en el punto sobre instrumental de exposición (6.1.5.). Separan o retraen una cavidad o un órgano durante el procedimiento quirúrgico y al mismo tiempo mantienen los tejidos u órganos fuera del área donde está trabajando el cirujano, para dar una mejor visión del campo operatorio.
- Pinzas de útero o histerolabos (con extremos en forma de corazón).
- Espéculos vaginales: para mantener abierto el orificio vaginal durante exploraciones o procedimientos terapéuticos.
Puede ser metálicos o de plástico.
- Histerómetro: instrumento graduado en centímetros que se utiliza para medir en profundidad la cavidad uterina. Puede ser metálico o desechable (de plástico o teflón).
- Dilatador uterino: sirve para ensanchar el cuello del útero con fines diagnósticos y terapéuticos. También se usa en partos y procedimientos de aborto.
- Fórceps: instrumento de dos ramas, con forma de pinzas, para la presión o compresión. En obstetricia es el instrumento se usa para la extracción de la cabeza del feto en los partos distócicos, sin peligro para la vida de este.
- Espejo ginecológico: sirve para realizar exploraciones.

## 5 Discusión-Conclusión

Hemos podido conocer como personal sanitario formado en cuidados auxiliares de enfermería algunas cuestiones básicas relacionadas con el material e instrumental quirúrgico empleado en ginecología, como parte de la formación profesional necesaria para trabajar en el servicio de esterilización, lugar donde se esteriliza (procedimiento para eliminar cualquier tipo de microorganismo) el material e instrumental reutilizable que se emplea en los procesos quirúrgicos o de exploración por ejemplo.
Hemos podido conocer algunos de los instrumentos más importantes: legras o cucharillas, cepillo para citología, valvas vaginales, separadores, pinzas de útero, espéculos vaginales, histerómetros, dilatadores, fórceps, espejo ginecológico, etc., así como sus características más distintivas y para qué se emplean.

# 6 Bibliografía

2. https://files.sld.cu
› 2011/11PDF
Servicio de Obstetricia y Ginecología
3. https://www.promedikal.com.ar
› 33…
33. Instrumental para ginecología y obstetricia - Promedikal

## Capítulo 154

# ACTUACIÓN DEL TCAE EN UN PARTO. REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA

EVA CÁMARA MENGUEZ

MARTA BUENO GONZÁLEZ

GLORIA RODRÍGUEZ BARBA

## 1 Introducción

Las funciones de los Técnicos en Cuidados Auxiliares de Enfermería (TCAE), son las de apoyar y ayudar al resto del personal sanitario, como son los médicos y enfermeras. No solo ha de atender las necesidades de dichos profesionales, sino que también sus funciones irán dirigidas a la preparación del paciente. Las labores como auxiliar de enfermería se puede realizar en diversos servicios y unidades, pero en este caso, se detallaran las funciones que desempeñan en el área de obstetricia.

Cuando hablamos de cuidados ginecológicos y obstétricos hemos de destacar la importancia que tiene prestar un adecuado apoyo psicológico a los pacientes. Es frecuente que, cualquiera que sea su situación, parezcan sentimientos de inseguridad, culpa, desilusión y pudor, por eso, es fundamental mantener una buena relación y ayudar para que disminuyan o desaparezcan estos sentimientos. De este modo, no solo mejoraremos la situación de la paciente, sino que, además, podrá colaborar con mayor eficacia.

Los cuidados obstétricos pretenden que la madre se encuentre en un buen estados de salud durante el embarazo para favorecer un correcto desarrollo detal. Para

un buen control del embarazo, es importante que la madre acuda lo antes posible a la consulta obstétrica y que realice consultas con cierta regularidad.

## 2 Objetivos

Conocer las funciones que desempeñan los técnicos en cuidados auxiliares de enfermería en la obstetricia

## 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 caso de asistencia a un parto, el Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería (TCAE) deberá:
- Ayudar y colaborar con el resto del equipo.
- Preparar a la embarazada (vestir y desvestir).
- Asearlas cuando sea necesario.
- Traspaso de cama de la embarazada.
- Poner y quitar las cuñas, así como hacerse cargo de la higienización de la misma.
- Preparación de los instrumentos (limpieza y desinfección) y de la mesa de parto.
- Apoyar al médico especialista durante el parto.

Una vez haya dado a luz la paciente:
- Cambiar las sábanas, compresas y ropa de la embarazada cuando se prevea.
- Recogida y limpieza del instrumental.
- Preparación de la mesa del recién nacido.
- Enviar a esterilización todos los instrumentos utilizados.
- Identificar al bebé con una pulsera identificativa en el cual aparecerá el nombre y los apellidos de la madre, la fecha y hora del parto y el sexo del recién nacido.

Tras el parto, se trasladará tanto a la madre como al hijo a la habitación, dónde el auxiliar de enfermería facilitará a ambos todos los cuidados necesarios para su mayor comodidad.

La temperatura de dicha habitación debe estar entre los 22 y los 25º C, temperatura adecuada para el organismo del bebé. Se les facilitará alimento, consejos de lactancia, higiene del recién nacido, higiene íntima de la parturienta para administrarles bienestar y confortabilidad. Además, deberá avisar al personal de enfermería de turno de las incidencias si las hubiese.
Además de estas funciones, los Técnicos en Cuidados Auxiliares de Enfermería (TCAE) tienen funciones administrativas, como es la de actualizar y archivar las historias clínicas de los pacientes. Trabajar en esta área no resulta nada fácil para el personal sanitario, dado su carácter íntimo y confidencial de los tratamientos llevados a cabo.

## 5 Discusión-Conclusión

Las funciones que desarrolla el TCAE en esta área es fundamental, tanto para el equipo médico como para la preparación del parto y sus posteriores cuidados, tanto de la parturienta como la del recién nacido. Son múltiples las funciones que desarrollan, puesto que estas se realizan antes, durante y después de cada asistencia.
El TCAE es un profesional que debe tener un comportamiento de comunicación activa, empatía y que aporte confianza al paciente. Esto facilitará mucho el trabajo durante los procesos más complicados y hará que los pacientes se sienten más cómodos en esta área que suele precisar de más intimidad

## 6 Bibliografía

1. El TCAE en la unidad de neonatología. Revista Electrónica de Portales médicos.
2. Estándares de la calidad del cuidado de Enfermería y satisfacción del usuario ginecoobstetricia Hospital Belén de Trujillo.
3. Manual de organización y funciones del proceso de hospitalización de ginecoobstetricia del Hospital General Docente de Calderón

## Capítulo 155

# EL TRASTORNO DENOMINADO LA ENDOMETRIOSIS

PAULA CRISTINA RODRÍGUEZ CAMPOS

## 1 Introducción

La enfermedad llamada endometriosis, se trata de la presencia y del aumento del tejido epitelial afuera del útero, principalmente en la cavidad pélvica como en los ovarios, detrás del útero, en los ligamentos uterinos, en la vejiga urinaria o en el intestino. La endometriosis, suele aparecer con menos frecuencia fuera del abdomen como en los pulmones u otras zonas del organismo. Se dieron casos de endometriosis en partes del cerebro. No existe cura para la enfermedad como lo es la endometriosis, pero se han desarrollado una serie de tratamientos y medicamentos para tratar esta enfermedad, para que el dolor sea más llevadero, también existe cirugía y tratamiento hormonal.

Los síntomas que presentan esta enfermedad, pueden ser confundidos con los de enfermedad pélvica inflamatoria, la enfermedad celíaca, el síndrome del intestino irritable, la fibromialgia y la cistitis intersticial.

A medida que crece el tejido endometrial, se desarrollan bultos llamados tumores o implantes, que generalmente son benignos o no cancerosos y rara vez se asocian con cáncer de endometrio. Los implantes de endometriosis se ven afectados por el ciclo menstrual, por lo que pueden ocurrir una variedad de problemas en cualquier momento. Los tumores endometriales también pueden sangrar, la sangre no puede salir del cuerpo, por lo que se inflama y se cicatriza o se forma fibrosis, lo que luego lleva a una obstrucción intestinal, sangrado gastrointestinal, trastornos urinarios que incluso pueden confundirse con una infección del tracto urinario.

## 2 Objetivos

El objetivo principal de este proyecto de investigación es saber y conocer los diferentes tipos de 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

La causa de la endometriosis aún se desconoce. Una teoría es que algo de tejido menstrual o endometrio no se excreta durante la menstruación, sino a través de las trompas de Falopio hacia el abdomen. De acuerdo con esta teoría, el tejido endometrial viable podría eventualmente colonizar el ovario y reaccionar en cada ciclo como células endometriales, creciendo y desprendiéndose por etapas. Otra teoría es que hay células en el peritoneo que se convierten en el revestimiento del útero. El tejido endometrial que sale del útero se cubre con epitelio y forma una masa llamada quiste endometrial que debe extirparse. La endometriosis puede ser un trastorno genético y, por lo tanto, es el resultado de una predisposición genética.

Los científicos también están estudiando cómo interviene el sistema inmunitario y cómo estimula o responde a la endometriosis. Los productos químicos producidos en el área afectada por la endometriosis pueden estimular o promover el crecimiento del tumor en más áreas. Los estudios han demostrado que las mujeres con esta afección tienen más probabilidades que otras mujeres de tener un trastorno del sistema inmunitario en el que el cuerpo ataca sus propios tejidos (enfermedad autoinmune) y las mujeres con endometriosis también tienen más probabilidades de desarrollar síndrome de fatiga crónica y fibromialgia. . Estas mujeres también son más propensas al asma, las alergias y las afecciones de la piel, como el eccema o la psoriasis. Se cree que un estudio adicional del sistema inmunitario en la endometriosis podría revelar información importante para encontrar la causa de la enfermedad y cómo tratarla.

Algunos de los signos y síntomas que presenta esta enfermedad pueden ser: Infertilidad, dolor al ir al baño ya sea defecar u orinar, sangrado excesivo, etc.

## 5 Discusión-Conclusión

En conclusión, este tipo de enfermedad como lo es la denominada endometriosis, es complicada y compleja tanto como para los profesionales de la salud para los familiares del entorno y también otros seres queridos ya sean del entorno o no, porque para los profesionales les lleva un proceso para lograr que el paciente se cure y para los seres queridos o personas del entorno asimilar la enfermedad que sufre o padece la persona, apoyándole y haciéndole creer que se va recuperar y que todo va salir bien y va tener apoyo de todos sus familiares y seres queridos en todo momento.

## 6 Bibliografía

«Endometriosis fact sheet». NIH. Archivado desde el original el 30 de enero de 2013. Consultado el 12 de febrero de 2013.
Bulletti C, Coccia ME, Battistoni S, Borini A (agosto de 2010). «Endometriosis and infertility». J Assist Reprod Genet (Revisión) 27 (8): 441-447. PMC 2941592. PMID 20574791. doi:10.1007/s10815-010-9436-1.
Kvaskoff M, Mu F, Terry KL, Harris HR, Poole EM, Farland L, Missmer SA (2015). «Endometriosis: a high-risk population for major chronic diseases?». Hum Reprod Update (Revisión) 21 (4): 500-516. PMC 4463000. PMID 25765863. doi:10.1093/humupd/dmv013.
Molina, F.V.; Bartolomé, J.S; Minguez, E.G.; Iturbe, C.E.; Díaz, J.M. (2000). «Endometriosis ureteral». Arch Esp 5 (53): 470-472.

## Capítulo 156

# EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA Y LA RECOGIDA DE MUESTRAS

CAROLINA SUÁREZ BLANCO

ALEJANDRA GARCÍA ANTÓN

ASUR ARCA ÁLVAREZ

ALMUDENA MATÍNEZ MORATINOS

VIOLETA SOMOANO ALADRO

## 1 Introducción

Los técnicos en cuidados auxiliares de enfermería se encargan de la obtención de muestras de los diferentes fluidos. A los pacientes se les toman muestras para la realización de pruebas diagnósticas y una vez realizadas esas pruebas, las muestras deben de ser desechadas, será una labor de los TCAE. También existen otro tipo de desechos que no son fluidos si no basura proveniente de la comida, oficinas.

La clasificación de los residuos se realiza por el posible riesgo para la salud. En el grupo I se incluyen aquellos que no representan peligro alguno ni actual ni potencial para la salud, pueden ser asimilables a los urbanos. Son aquellos generados en la cocina, cafeterías, material de oficina. En el grupo II se incluyen los residuos sanitarios no específicos que necesitan un control en el centro donde

se generan, materiales de curas, ropas usadas y por lo tanto representan un riesgos para el centro donde se encuentran. En el grupo III representan un riesgos para la salud pública y laboral, son residuos de este grupo, la sangre, agujas, bisturís, vacunas, residuos infecciosos. Para el grupo IV se precisa un tratamiento especial, higiénico y medioambiental y tienen una normativa específica que evita contaminación biológica.

## 2 Objetivos

Se tiene por objetivo determinar las funciones que tienen el TCAE en la gestión de residuos sanitarios y cómo colabora en la extracción de muestras.

## 3 Metodología

La metodología que se ha usado para la realización de este trabajo ha sido la revisión bibliográfica relacionada con el papel del TCAE en la extracción de muestras y en la gestión de residuos sanitarios.
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 20019 para limitar la cantidad de información y que esta fuese lo más actualizada posible.
Los términos utilizados para la búsqueda han sido “TCAE”, ”residuos sanitarios”, ”extracciones”, ”muestras”.

## 4 Resultados

Para la obtención de una muestra lo primero es asegurarse de la prueba que se ha solicitado, repasar el procedimiento que marca cada centro y seguir las pautas que este marca. Se utilizará el equipo adecuado para cada situación y se preparará al paciente para la prueba, se le explica lo que se le va a hacer y para qué, así el paciente se mostrará más colaborativo. Se intentará proporcionar intimidad. Como medidas higiénicas, lo primero será lavarse las manos, el uso de guantes y de material estéril y dependiendo de los casos, uso de mascarilla, gorro y traje especial.

Una vez sustraída la muestra por el enfermero o el médico, se tendrá cuidado con ella y se etiquetará debidamente para poder identificarla posteriormente, se pondrá una pegatina con el nombre, número identificativo del paciente, nombre del médico y código de la prueba realizada.
Para la obtención de muestras de orina, que se obtiene por micción, se ha de limpiar la vulva o el pene con jabón y agua para evitar contaminación de la muestra, mantener los labio de la vulva separados y se desechará la primera parte de la micción, siendo el resto depositada en un recipiente estéril evitando que toque el cuerpo. En caso de que se halla tenido que recoger por medio de una sonda se hará con una jeringuilla, aguja y una torunda de alcohol.
Para la extracción de sangre se puede ayudar al enfermero, colocando la goma y haciendo que el paciente apriete el puño para que el enfermero encuentre mejor la vena en la que pinchar y sacar la sangre.
Las heces serán necesarias en cantidad muy pequeña y se recogerá una vez hecho por el paciente.
Para recoger esputo el TCAE podrá ayudar al paciente a toser con ejercicios respiratorios.

## 5 Discusión-Conclusión

El TCAE debe ayudar en la extracción de todos los fluidos, preparando psicológica y físicamente al paciente para que se haga de forma correcta y no sea necesaria la realización de la prueba en más ocasiones. Ha de cuidar la prueba y etiquetarla correctamente ya que una confusión en el etiquetado puede ocasionar graves problemas tanto para el paciente como para el profesional. También se ha de tener en cuenta que la conservación de cada muestra es distinta y se ha de llevar el protocolo a rajatabla. Es por ello que el TCAE debe conocer los pasos a seguir en cada caso y si no fuese así, saber dónde podría consultarlos.

## 6 Bibliografía

Cordovilla, R., Álvarez, S., Llanos, L., Ares, A. N., Viedma, E. C., Díaz-Pérez, D., & Flandes, J. (2020). Recomendaciones de consenso SEPAR y AEER sobre el uso de la broncoscopia y la toma de muestras de la vía respiratoria en pacientes con sospecha o con infección confirmada por COVID-19. Archivos de Bronconeumología, 56, 19-26.
Montes Valles, M. (2021). Importancia de la Enfermería en el tratamiento de muestras biológicas.

López Torres, F. J. (2022). ENSEÑANZA DE LAS MUESTRAS SANGUÍNEAS AL TÉCNICO DE ANATOMÍA PATOLÓGICA Y CITODIAGNÓSTICO.

## Capítulo 157

# DEPRESION EN LA TERCERA EDAD

JEZABEL MENDEZ SOTORRIO

## 1 Introducción

La depresión es una enfermedad mental muy frecuente en la actualidad, afectando según las estadísticas a casi el cuatro por ciento de la población, una cifra que cada año va en aumento. El ser humano, ante problemas de la vida cotidiana, reacciona con respuestas emocionales negativas, algo absolutamente normal. Sin embargo cuando estos sentimientos y pensamientos negativos se vuelven recurrentes y de una intensidad moderada o grave, podemos estar ante un problema de salud mental más grave.

La depresión es el resultado de una interacción entre factores psicosociales y biológicos. Se caracteriza por un bajo estado de ánimo y un sentimiento de tristeza que tiene impacto en el comportamiento del individuo, en su vida social y personal, alterando su rutina diaria y en casos de depresión severa, pudiendo derivar en el suicidio.

Durante la vejez, es difícil llegar a un diagnóstico de depresión, ya que los síntomas asociados a ella se atribuyen al propio proceso de envejecer, como pueden ser la perdida de autoestima, de motivación e interés, etc. En esta etapa, ocurren una serie de cambios que afectan en mayor o menor medida a la persona. Estos cambios, en ocasiones, si no se gestionan de manera correcta y adaptativa para el anciano, pueden ser un factor de riesgo para la aparición de esta enfermedad

## 2 Objetivos

Conocer el impacto que tiene la depresión en la tercera edad, analizando los posibles factores de riesgo que provocan su aparición, así como la manera de llevar a cabo la prevención, favoreciendo lo que se conoce como envejecimiento positivo.

## 3 Metodología

Se consultan diferentes páginas web relacionadas con la depresión y su prevalencia en la etapa de la vejez, así como artículos publicados en internet. Para ello se introducen términos clave en los buscadores para obtener resultados más precisos. También se hace una revisión de las últimas estadísticas publicadas por la OMS referentes a la depresión.

## 4 Resultados

Algunos de factores de riesgo que ocurren en la vejez y que favorecen la aparición de la enfermedad son:

- Cambio de residencia: En muchas ocasiones, la imposibilidad de cuidar del anciano en su propia casa, debido a causas físicas o psicológicas, supone la necesidad de ingresarle en un centro de cuidados a personas mayores. En otros casos, la familia decide contratar a alguien para que se ocupe de sus cuidados en casa, convirtiéndose ésta en la persona de confianza del anciano. Todo esto, supone un cambio sustancial en la rutina del anciano al que deberá adaptarse.
- Deterioro de salud: El estado de salud empeora a medida que pasa el tiempo. Aparecen enfermedades asociadas a la edad, desgaste físico, deterioro cognitivo…etc. El anciano puede ser consciente de este deterioro, afectando a su estado de ánimo y autoestima.
- Emancipación de los hijos: Los hijos, cuando llegan a la edad adulta, por lo general abandonan el hogar de los padres para independizarse y formar su propia familia. Esta situación de nido vacío, afectará a los progenitores de forma significativa.
- Muerte de seres queridos: Cuando se llega a la tercera edad, es inevitable ver como amigos fallecen, o incluso el cónyuge. Este hecho, además del duelo que conlleva la muerte de alguien cercano, puede hacerles tomar consciencia de que el final de la vida está cerca.
- Perdida de independencia y autonomía: Problemas físicos y posiblemente cognitivos asociados a la edad se traducirán en dificultades para el autocuidado, la

movilidad, etc. Este hecho les hará dependientes de terceras personas para realizar tareas que antes realizaban en solitario, lo que puede generar en el anciano sentimientos de inutilidad, de ser una carga para sus cuidadores, etc.
Todos estos factores no tienen que significar la aparición de la depresión. La respuesta emocional ante ellos es lo que determinar que esta se desencadene.

Por otro lado, los factores biológicos también tienen un papel importante en la aparición de esta enfermedad, como las alteraciones bioquímicas a nivel cerebral, déficits de vitaminas y minerales, enfermedades de las glándulas tiroideas, cáncer, demencia….etc

## 5 Discusión-Conclusión

La prevención de esta enfermedad juega un papel de vital importancia. Hay aspectos que se pueden trabajar, tanto desde el punto de vista personal (con nuestros familiares ancianos), como desde el punto de vista profesional, con el objetivo de favorecer un envejecimiento positivo, logrando que esta etapa de la vida sea una etapa satisfactoria.

La familia y los apoyos sociales supondrán para el anciano un gran apoyo en su día a día. Estos deberán prestarle ayuda en todo lo que necesite, proporcionándole un clima de confianza y bienestar que será clave para el estado psicológico del anciano. También podrán estimular su actividad física en la medida de lo posible. De esta manera mejorará el estado físico para poder realizar las actividades de la vida diaria sin tantas dificultades y por tanto aumentará la confianza en sí mismo.

Referente a nuestro ámbito, los profesionales de la salud se convierten en figuras de referencia y cercanas al anciano, tales como personal de enfermería o Tcaes, cuya labor en las residencias de ancianos, por ejemplo, es de vital importancia en la vida de los ancianos. Estos deben favorecer su autonomía en la realización de las actividades básicas de la vida diaria, apoyándoles siempre en todas las dificultades y en aquellas tareas que no son capaces de realizar por si mismos. Tendrán un papel muy importante a su vez en el fomento de su autoestima y confianza en sí mismos.

## 6 Bibliografía

1-https://psicologosmadridmj.com
2- https://medlineplus.gov

3-www2.uned.es www.dialnet.unirioja.es

## Capítulo 158

# EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) Y LA MEDIDA DE LA TENSIÓN ARTERIAL EN EL SERVICIO DE URGENCIAS

LAURA MARIA ARIAS SUAREZ

## 1 Introducción

La tensión arterial es la presión que ejerce la sangre contra las paredes de las arterias. La sistólica o máxima se registra durante la sístole o contracción del ventrículo izquierdo.

La diastólica o mínima, durante la diástole o fase de relajación del ventrículo izquierdo.

La tensión arterial (TA) se mide en milímetros de mercurio (mmHg).

Aunque varía en función de factores como la edad, el estado emocional o el momento del día, los valores normales se sitúan entre 60/90 mmHg para la mínima y 120/140 mmHg para la máxima.

Cuando existe un aumento anormal, se denomina hipertensión. Si los valores son menores a los normales, hipotensión.

La presión arterial alta no tiene síntomas. Por ello, la única manera de averiguar

si usted tiene presión arterial alta es a través de chequeos regulares cuando visita un centro hospitalario o vigilando sus valores en su domicilio.

Para su medición se utilizará un medidor, un estetoscopio o un sensor electrónico y un manguito de presión arterial, que tomará dos o más mediciones en distintas veces antes de hacer un diagnóstico.

Cuando su presión arterial se mantiene mucho tiempo alta, hace que el corazón bombee con más fuerza y trabaje demasiado, lo que puede ocasionar serios problemas de salud, como ataque cardiaco, accidente cerebrovascular, insuficiencia cardiaca, e insuficiencia renal.

Por todo ello es importante vigilar sus valores en el servicio de urgencias.

## 2 Objetivos

Conocer como personal sanitario formado en cuidados auxiliares de enfermería algunas cuestiones básicas relacionadas con la toma de constantes, en concreto de la tensión arterial en el servicio de urgencias para su correcta toma y control.

## 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

Existen diferentes técnicas para la toma de TA como vemos a continuación:

● Medición de la tensión arterial por el método auscultatorio:
1. Preparar el material. Comprobar que el aparato de tensión funciona bien y no tiene fugas, desinfectar los auriculares del fonendoscopio y colocar la campana del mismo en la posición adecuada.
2. Lavarse las manos y ponerse los guantes.
3. Explicar el procedimiento al paciente.

4. Debe estar acostado o sentado, sin cruzar las piernas, con el brazo apoyado sobre una mesa a la altura del corazón, relajado, en reposo desde al menos 5 minutos antes de la medida y evitando que la ropa no haga presión sobre el brazo. Preferentemente, se toma la tensión en el derecho.
5. Colocar el manguito desinflado, dejando el borde inferior a una distancia de 2 a 3 centímetros por encima de la fosa cubital, con espacio suficiente para poder colocar la campana del estetoscopio sin que roce con la bolsa sobre la arteria braquial, la cual se localiza por palpación.
6. Inflar el manguito con la pera hasta más o menos
30 mmHg por encima del punto en el que el pulso ya no es perceptible. Como la presión del brazalete ocluye totalmente el flujo de sangre, no se oye ningún ruido.
7. Abrir suavemente la válvula de la pera para que la aguja del manómetro descienda lentamente (2 mmHg/segundo aproximadamente).
8. Observar la escala graduada, escuchando a través del fonendoscopio para captar los denominados ruidos de Korotkoff. El primero se produce por el paso de un poco de sangre, cuando la presión en la arteria se eleva durante la sístole. Esto corresponde a la tensión sistólica (máxima). Seguir soltando el aire lentamente.
A medida que desciende la presión, se oyen fuertes ruidos de golpeteo. Cuando la presión del brazalete cae por debajo de la presión sanguínea diastólica, desaparecen los ruidos. La sangre fluye ya sin restricciones.
Anotar ese punto como tensión diastólica (mínima).
9. Abrir la válvula para dejar salir todo el aire de la bolsa y retirar le manguito del brazo del paciente. Anotar en la gráfica los valores y las observaciones. Si hay dudas, repetir la medición pasados dos minutos.
10. Acomodar al paciente, recoger y desinfectar el material utilizado, quitarse los guantes y lavarse las manos.

» Medición por método palpatorio:
Se emplea solamente el esfigmomanómetro o tensiómetro, sustituyendo la auscultación por la palpación de la arteria correspondiente, normalmente la radial. Se aumenta la presión por encima del punto donde el pulso deja de notarse y se afloja lentamente. La tensión sistólica corresponde al valor registrado al palpar el primer latido. La diastólica no se puede determinar. Si no se puede medir en el brazo (por casos como amputaciones, quemados, politraumatizados, etc.), utilizar el muslo y la arteria poplítea.

» Medición por métodos invasivos:
Se basan en la introducción de una aguja, cánula o catéter en el interior de una

arteria (generalmente la radial) y su visualización en un monitor, que avisa de cualquier variación que consideremos como anormal. Este método, además de ser caro, resulta molesto.
Se usa en pacientes inestables, mediante medicaciones intravenosas para dilatar o contraer los vasos cuando sea necesario extraer gasometrías con frecuencia y en general ante cualquier situación que requiera un control exhaustivo de la tensión arterial.

## 5 Discusión-Conclusión

Hemos podido conocer como personal sanitario formado en cuidados auxiliares de enfermería algunas cuestiones básicas relacionadas con la toma de constantes en el servicio de urgencias hospitalarias.

Las constantes vitales o signos vitales son unos parámetros que debemos valorar para conocer el estado hemodinámico del paciente. Van a estar controladas por los órganos principales que son: corazón, cerebro y pulmones.

Entre ellos hemos hablado de la tensión arterial, su importancia, sus valores normales y anormales y también hemos visto las distintas formas que hay para poder obtener sus valores.

Esta tarea es de vital importancia en el servicio de urgencias y emergencias, ya que cobtrolar el estado del paciente es esencial.

## 6 Bibliografía

1- https://www.mayoclinic.org
› es-es
Presión arterial alta (hipertensión) - Diagnóstico y tratamiento - Mayo Clinic

2- https://www.riojasalud.es
› articulos
Medir correctamente la tensión arterial - Rioja Salud

3- https://medlineplus.gov
› spanish
Medición de la presión arterial: Prueba de laboratorio de MedlinePlus

4- https://www.coflugo.org

› docsPDF
RECOMENDACIONES PARA LA MEDIDA CORRECTA DE LA PRESIÓN ARTERIAL

## Capítulo 159

# FISIOTERAPIA Y LA FRACTURA DE DIÁFISIS FEMORAL

MARTA MIJANCOS VILLANUEVA

SARA GARCIA MARTINEZ

MARIA MADRIGAL CANO

MÓNICA LIZCANO JIMÉNEZ

MARIA RUIZ ALBACETE

## 1 Introducción

La fractura de diáfisis femoral esta localizada entre la zona subtrocantérea hasta la metáfisis del fémur, este tipo de fractura no se extiende a la metáfisis ni a la región articular.
El mecanismo de lesión se puede dar diferente, ya sea el tipo de paciente, si hablamos de un paciente joven estaremos ante un traumatismo de alta energía como los que suceden en accidentes de tránsito y precipitaciones, ya sé el caso opuesto que sea en un paciente anciano vamos a hablar de un traumatismo de baja energía que en este caso sería osteoporosis, lesiones metastásicas. este tipo de fracturas compromete al tejido blando, sobre todo a los músculos de la cadera y rodilla.
Entre los métodos de tratamiento que son más usados con mayor frecuencia encontraremos la fijación con el clavo, para este tipo de tratamiento nos permitirá la movilización precoz de la articulación de rodilla del paciente, siendo este el

mas usado en una fractura de cadera de diáfisis femoral, pero este nos es el único método a usar habiendo otros como reducción abierta y fijación interna, fijación externa. La decisión del método a escoger va a depender del tipo de paciente y de las futuras complicaciones que se puedan presentar.
Teniendo el método adecuado para el paciente podremos dar tratamiento fisioterapéutico que va a ser separado por etapas, el tratamiento debe ser inmediato (posoperatorio), el fisioterapeuta deberá buscar la independencia progresiva del paciente.

## 2 Objetivos

Explicar e indicar que es la fractura de diáfisis femoral por parte del equipo de fisioterapeuta.

## 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

Se consideran como fracturas diafisiarias de fémur las localizadas en un amplio margen que se extiende desde la zona subtrocantérea hasta la metafisiaria distal del fémur.
El fémur está rodeado en la diáfisis por una masa muscular voluminosa y es un tubo cilíndrico de hueso cortical con una suave curva de convexidad anterior. Esta estructura resiste importantes cargas axiales y momentos de flexión y torsión.
Las fracturas femorales se deben, con frecuencia, a traumatismos de alta energía, como accidentes de tránsito. En el paciente politraumatizado se asocian a otras fracturas y a lesiones viscerales. El fémur del anciano osteoporótico puede sufrir fracturas de fémur, a veces, complejas, con traumatismos de baja energía. La diáfisis femoral es también asiento de fracturas patológicas en lesiones metastáticas.

Las fracturas pueden presentarse en cualquier edad, pero cada tipo de fractura tiene una especial predilección en consonancia con la edad, de tal modo que si el aspecto máximo de incidencia suele estar entre los 7-45 años, hay determinados tipos, como las de cadera, que son más frecuentes en los ancianos, las supracondíleas de húmero en el niño y las diafisiarias de huesos largos en adultos jóvenes.

A causa de las grandes masas musculares que rodean la diáfisis femoral, existe gran posibilidad de desplazamiento de la fractura de referencia, lo cual hace difícil obtener un resultado favorable con el tratamiento conservador. Esta es una de las razones que justifican el tratamiento quirúrgico de este tipo de fractura en los pacientes adultos. Uno de los primeros reportes en el tratamiento quirúrgico fue realizado por Küntscher en el año 1939 al presentar un paciente operado con un dispositivo intramedular en la Sociedad Médica de Kiel, posteriormente este autor reporta 12 casos en que utiliza este nuevo dispositivo en la Sociedad Quirúrgica de Berlín. Aunque este método al principio no logró los resultados esperados, fue rediseñado durante la Segunda Guerra Mundial, pero en esta ocasión se obtuvieron resultados más alentadores. A partir de esta etapa, los métodos quirúrgicos se han desarrollado rápidamente hasta la actualidad en que se cuenta con los clavos intramedulares auto bloqueantes.

Los antecedentes del traumatismo, su intensidad y demás características son datos valiosos que deben tomarse en cuenta al momento del diagnóstico. Los principales objetivos del tratamiento de las fracturas son lograr una buena consolidación ósea sin deformidad y restablecer la función, de modo que el paciente pueda reanudar su antigua ocupación y llevar a cabo cualquier actividad.

La atención apropiada en los pacientes fracturados, dependerá de la disponibilidad precoz y efectiva del tratamiento adecuado, lo cual amerita una planificación previa por parte de los organismos e instituciones prestadores de atención médica.

El rápido desarrollo económico e industrial de las últimas dos décadas, así como el alto índice de accidentes de tránsito y hechos violentos, han incrementado exponencialmente la frecuencia de traumatismos de los miembros inferiores, aumentado el número de pacientes que consultan por esta causa.

## 5 Discusión-Conclusión

Concluimos este capitulo con la importancia de que las fracturas de la diáfisis femoral son un clásico en traumatología. Afecta principalmente a jóvenes, varones, y en ocasiones se produce en accidentes de tráfico de alta energía, a

menudo en situaciones de politraumatismo. En estos casos, las lesiones esqueléticas, viscerales, torácicas y neurocerebrales a menudo asociadas determinan el pronóstico y el manejo de la fractura en un entorno multidisciplinario. También ocurren en pacientes mayores, especialmente mujeres. Aparecen tras una simple caída, en cuyo caso suelen presentarse de forma aislada. En este entorno geriátrico, como una fractura de fémur superior, el estado médico y psiquiátrico inicial son factores pronósticos, mientras que la calidad ósea determina las indicaciones de tratamiento.

## 6 Bibliografía

1. Domingo F. Manual de cirugía ortopedia y traumatologia, 2° ed., España, editorial médica Panamericana, 2009.
2. Cañadell, A.; Granell, I., Traumatología. 2°ed., España. Marban libros (2003).
3. McRae, R. Tratamiento Práctico de Fracturas., 5°ed., España. Editorial Elsevier., 2010.
4. Garrote A, Boner R., lesiones traumáticas de extremidades inferiores, Elsevier; España, vol.22, 2003.

## Capítulo 160

# TRATAMIENTO FISIOTERAPÉUTICO EN MENISCOPATÍA

MARTA MIJANCOS VILLANUEVA

SARA GARCIA MARTINEZ

MARIA MADRIGAL CANO

MÓNICA LIZCANO JIMÉNEZ

MARIA RUIZ ALBACETE

## 1 Introducción

Los meniscos son estructuras anatómicas que presentan un papel importante en la articulación de la rodilla con relación al movimiento, distribución de cargas de peso y estabilidad. Su sintomatología fundamental del menisco es dolor articular al aumento de movimiento de flexión y torsión; el bloqueo articular y la inflamación de la articulación.

El objetivo del tratamiento es lograr la descompresión de los músculos para alcanzar la mejoría clínica y recuperación funcional de la rodilla.

El desarrollo del presente trabajo de investigación, enfatizamos el tratamiento conservador para las meniscopatias con rupturas leves a moderadas, a través del cual se intenta devolver la función y disminuir a la mínima expresión la sintomatología clínica de la lesión.

Conclusión, la lesión de menisco se observa con frecuencia en adultos y deportistas. La etiopatogenia exacta en el menisco es producido de un traumatismo o

movimiento brusco relacionado con la actividad diaria o con el deporte.
Es esencial un conocimiento de la anatomía de los meniscos, su biomecánica y sus funciones para comprender la patología, las indicaciones y las técnicas de tratamiento a las que se someten.
La rodilla es la articulación intermedia de la extremidad inferior, una de las más grandes y complejas del cuerpo, por lo cual es propensa a innumerables lesiones, y se constituye un objeto de estudio de muchos profesionales de la salud y en particular de los fisioterapeutas.

## 2 Objetivos

- Conocer el marco teórico.
- Conocer la estructura de las partes blandas.

## 3 Metodología

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

## 4 Resultados

Los meniscos son estructuras anatómicas que desempeñan un importante papel en la articulación de la rodilla con relación a: movimiento articular, distribución de cargas de peso, y estabilidad.
Las lesiones de los meniscos son provocadas por traumatismos relacionados o no con la actividad deportiva y por trastornos degenerativos que se observan en pacientes, por lo general, por encima de los 40 años de edad.
La sintomatología fundamental de los pacientes con lesiones de menisco es: el dolor en la línea articular que aumenta con los movimientos de flexión y torsión; el bloqueo articular y la inflamación de la articulación. Las maniobras para detectar esta afección son positivas en más del 90% de los enfermos.
Se sabe que en la mayoría de meniscopatías la opción más rápida y de buen pronóstico es la remodelación meniscal, aunque, en el presente trabajo de investigación, enfatizamos el tratamiento conservador para las meniscopatias con

rupturas leves a moderadas, a través del cual se intenta devolver la función y disminuir a la mínima expresión la sintomatología clínica de la lesión.
Es de vital importancia estudiar a fondo la biomecánica del complejo articular de la rodilla, y conocer las diversas técnicas de tratamiento fisioterapéutico, ya que es necesario entender el funcionamiento de esta articulación tan importante para el cuerpo humano.

Capítulo I: marco teórico.
1.1 Anatomía:
La articulación de la rodilla es la mayor articulación sinovial del cuerpo. En la articulación entre el fémur y la tibia soportan el peso, la articulación entre la rótula y el fémur permite dirigir la tracción del músculo cuádriceps femoral en sentido anterior sobre la rodilla hasta la tibia sin que el tendón se desgaste (anexo 1).
1.2 Osteología.
1.2.1 Rótula:
Es un hueso sesamoideo de mayor tamaño cumple tres funciones: un fulcro para el cuádriceps, protege la articulación de la rodilla, e incrementa su lubricación.
1.2.2 Tibia:
Se articula con el fémur distal por medio de una faceta medial y una lateral. El tubérculo de Gerdy y se encuentra en la cara lateral de la tibia proximal y se inserta el tracto iliotibial.
1.2.3 Peroné:
La apófisis estiloides de la cabeza se inserta el ligamento colateral peroneo y el tendón del bíceps femoral.

1. Estructura de las partes blandas.
- Menisco:
Existen dos meniscos que son fibrocartilaginosos en forma de C en la articulación de la rodilla: Uno que es menisco interno y el otro menisco externo. Ambos se insertan por cada extremo a carillas situadas en la región intercondilea de la meseta tibial.
El menisco interno se inserta alrededor de la cápsula de la articulación y al ligamento colateral tibial, mientras que el menisco externo no se une a la cápsula. Por lo tanto, el menisco externo es más móvil que el interno. Los meniscos se conectan a nivel anterior por un ligamento transverso de la rodilla. El menisco lateral se conecta también al tendón del músculo poplíteo.
- Membrana sinovial:
La cápsula articular está compuesta por la membrana fibrosa y la membrana

sinovial. El tejido sinovial se junta a la cara interna de la cápsula, bordeando la cavidad articular fuera de las superficies cartilaginosas. La membrana sinovial está formada por un tejido conjuntivo, cuya estructura, textura, color (rosado, amarillento o blancuzco) y grosor varían grandemente de una articulación a otra y de un sitio a otro, también en una misma articulación en función de roce a las que se vea sometida. La membrana sinovial favorece el desplazamiento de las superficies articulares y las protege de posibles desgastes mecánicos. Una función importante es la nutrición de las estructuras articulares poco vascularizadas, como el cartílago y el menisco.

- Cápsula articular:

La cápsula de la rodilla es muy laxa en su parte anterior, lo que facilita el movimiento de flexión. Durante la extensión se forman unos pliegues encima y a los lados de la rótula en la flexión, las estructuras pasivas peri-articulares tienden a estar laxas y relativa incongruencia articular permite una mayor traslación anterior y posterior. La rotación de la tibia sobre el fémur, a diferencia de la extensión completa, se describe como la posición de bloqueo de esta articulación, ya que durante esta se encuentra tanto el mayor grado de tensión de los ligamentos colaterales y cruzados, como la congruencia articular.

## 5 Discusión-Conclusión

La lesión de menisco se observa con relativa frecuencia, y, aunque las causas de la misma son de varios factores completamente determinadas, la frecuencia es mayor en adultos y en deportistas. La etiopatogenia exacta en el menisco es producto de un traumatismo o movimiento brusco relacionado con la actividad diaria o con el deporte.

La sintomatología fundamental de los pacientes con lesiones de menisco es: El dolor en la línea articular que aumenta con los movimientos de flexión y torsión; el bloqueo articular y la inflamación de la articulación. Este tipo de lesión trae muchas complicaciones, como, por ejemplo, una mala marcha con dolor, y más para personas que realizan deporte.

El proceso puede volverse crónico, degenerativo e incapacitante, afectando la calidad de vida del paciente.

## 6 Bibliografía

1. Álvarez A., Ortega C., García Y.; Reparación de menisco: A propósito de un caso, Cuba. 2015.

2. Martínez S.; Tratamiento de las Lesiones Meniscales Degenerativas: Meniscectomía Artroscópica vs. Fisioterapia. Tudela. Enero.
3. Morales S., Lennox D, Mata R.; Valor de la Artroscopia de Rodilla en el Adulto Mayor, Santa Clara: 2016.
4. Richard L. Drake; Wayne V; Adam M. GRAY Anatomía para estudiantes. 2 ed. España: 2010.
5. Miller M., Ortopedia y Traumatología, 2 ed. España. 2009.

## Capítulo 161

# ISIOTERAPÉUTICO EN FRACTURA PROXIMAL DE HÚMERO

MARTA MIJANCOS VILLANUEVA

SARA GARCIA MARTINEZ

MARIA MADRIGAL CANO

MÓNICA LIZCANO JIMÉNEZ

MARIA RUIZ ALBACETE

## 1 Introducción

La fractura proximal de humero se produce justo debajo del hombro, o en el hueso de la parte superior del brazo. El mecanismo más común en este tipo de fracturas es la caída sobre la mano extendida, siendo relacionada en pacientes de edad avanzada provocadas en su mayoría por accidentes domésticos, en pacientes jóvenes y deportistas por algún traumatismo más energético o violento en el hombro.

Debemos considerar la complejidad de los trazos de fractura, siendo la clasificación de Neer en su mayoría la más adecuada por basarse en la identificación precisa de los cuatro fragmentos principales y sus relaciones con los demás, para descartar cualquier tipo de complicación se realizará un diagnóstico por imágenes.

El tratamiento conservador es indicado un cabestrillo con la finalidad de inmovilizar el segmento superior aplicando un adecuado sistema de distribución de

cargas por 2 a 3 semanas hasta que el dolor desaparezca. En estos tratamientos también se utilizan vendajes como Gillchrist y Velpau con una duración de 4 semanas.
En los casos de los tratamientos quirúrgicos debemos considerar una buena calidad ósea, una correcta reducción y síntesis estable, se mencionan intervenciones quirúrgicas como:
Reducción abierta con fijación interna, reducción cerrada y fijación percutánea, artroplastia protésica y fijador externo.
El tratamiento fisioterapéutico considerar el tiempo de consolidación y de lesión empezando de manera progresiva teniendo como objetivos de tratamiento, realizar una exploración física, evitar cargas de peso durante las primeras seis semanas, restablecer la amplitud del hombro en todos los planos, mejorar la fuerza muscular, restablecer la parte funcional del hombro para realizar sus actividades diarias, el plan de tratamiento ha sido elaborado por fases o semanas empezando desde el día uno hasta las doce semanas.

## 2 Objetivos

Explicar e indicar como se define una fractura proximal de húmero y sus tratamientos por parte del equipo de fisioterapeutas.

## 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

La fractura se define como la perdida de continuidad de un hueso. La fractura proximal de húmero es una fractura que se produce justo debajo del hombro, o en el hueso de la parte superior del brazo. Unas 706.000 fracturas de húmero proximal estimados se produjeron en todo el mundo en el año 2000.
Por lo general su mecanismo de lesión es después de una caída sobre el brazo, normalmente se produce sin romper la piel. Si la fractura es no desplazada, se

colocará un cabestrillo hasta que la fractura consolide lo suficiente y permita el movimiento del hombro, pero, si la fractura es desplazada, se pueden tratar quirúrgicamente. Este tratamiento consta en fijar los fragmentos de la fractura.
Por lo general, el tratamiento en adultos de la tercera edad es a menudo más difícil, debido a la osteopenia preexistente, osteoartritis y lesiones del manguito rotador, junto con diversas comorbilidades sistémicas. Por lo tanto, el tratamiento de la fractura proximal de húmero en pacientes de edad avanzada es un reto para los médicos tratantes.
La incidencia de esta fractura aumenta sobre todo en los pacientes jóvenes, como consecuencia de traumatismo de alta energía, y en los pacientes ancianos debido a su asociación con la osteoporosis. Representando el 4-5 % de las fracturas más comunes, siendo en determinados casos necesaria la reducción y estabilización para restaurar la anatomía y la función del hombro.
Estimaciones recientes sugieren que estas lesiones son responsables de 185.000 visitas a urgencias en los Estados Unidos por año. En un estudio retrospectivo realizado en tres hospitales de la comunidad de Ontario, las fracturas proximales de húmero representaron el 20% de todas las fracturas por fragilidad, viéndose en las clínicas por consulta externa, estas fracturas tienen el potencial de afectar significativamente la independencia y la calidad de vida de los adultos mayores.
Aproximadamente el 80 % de todas las fracturas de húmero son mínimamente o no desplazadas y pueden ser tratadas de forma conservadora con un buen resultado funcional.
El sistema de clasificación propuesto por Neer en 1970 se utiliza ampliamente como una forma de evaluar y determinar pautas para el tratamiento de la fractura proximal de húmero. Recientemente, un grupo europeo, la Gemeinschaft für Arbeit Osteosynthesefragen (AO/ASIF) propuso un sistema que también se convirtió en reconocido como una clasificación para estas fracturas y estos modelos en la actualidad son ampliamente aceptados y utilizados hoy en día.
Aproximadamente el 80 % de todas las fracturas de húmero son mínimamente o no desplazadas y pueden ser tratadas de forma conservadora con un buen resultado funcional. El sistema de clasificación propuesto por Neer en 1970 se utiliza ampliamente como una forma de evaluar y determinar pautas para el tratamiento de la fractura proximal de húmero. Recientemente, un grupo europeo, la Gemeinschaft für Arbeit Osteosynthesefragen (AO/ASIF) propuso un sistema que también se convirtió en reconocido como una clasificación para estas fracturas y estos modelos en la actualidad son ampliamente aceptados y utilizados hoy en día.
Basado en el desplazamiento de los cuatro fragmentos principales, que en primer

lugar se identifican por Codman en 1934: cabeza humeral, tuberosidad mayor, tuberosidad menor, y la diáfisis. Según Neer, partes múltiples se consideran cuando hay desviaciones mayores de 1 cm y 45° entre fragmentos. Para la tuberosidad mayor, una distancia mayor que 5mm, hace que sea una parte desplazada.

## 5 Discusión-Conclusión

Este tipo de fractura es muy común en pacientes de edad avanzada por las enfermedades adyacentes, incluyendo la osteoporosis, generando un mecanismo de lesión indirecto, mientras que en los jóvenes y deportistas generan esta fractura de manera directa, es decir, con alta energía, el tratamiento rehabilitador en este tipo de fracturas genera múltiples beneficios incluyendo la recuperación funcional del hombro, pero en algunos casos sus terapias pasan a largo plazo por las complicaciones que se pueda presentar durante el tratamiento.
En este trabajo logramos recopilar datos de diversos estudios que se han realizado en los últimos años en diversas partes del mundo, en los que la mayoría de autores coinciden dando importancia y verificando la efectividad y eficacia del tratamiento conservador, quirúrgico y fisioterapéutico en pacientes con fractura proximal de húmero.

## 6 Bibliografía

1. Johnell O, Kanis JA. Una estimación de la prevalencia en todo el mundo y la discapacidad asociada a las fracturas Osteoporóticas. Osteoporos Int, 2006; 17: 1726-33.
10.1007 / s00198-006-0172-4.
2. Handoll, H. Bronrson, S. Intervenciones para el tratamiento de las fracturas proximales del húmero en adultos. Cochrane de Lesiones Musculoesqueléticas Grupo.2015; 10.1002/14651858.CD000434.pub4.
3. Bogner R, Ortmaier R, et al. Mínimamente invasiva en el Desplazada proximal del húmero Las fracturas en pacientes mayores de 70 años usando el Humerus-block. Biomed Res Int. de 2016; 2016: 6.451.849.
4. Arce G, Lacroze P. Tratamiento de las fracturas del húmero proximal con clavo endomedular de cerrojos proximales múltiples. Rev Asoc Argent Ortop Traumatol recibido el 01-04-2007. Aceptado luego de la evaluación el 07-11-2007.

## Capítulo 162

# FISIOTERAPIA: MANEJO DE LA PRONACIÓN DOLOROSA

FELIPE MERCADO RAMÍREZ

CLAUDIA GARCIA MERA

MARIA GEMA GALINDO TERCERO

LAURA VERGARA SAEZ

MAR GALINDO MARTINEZ

## 1 Introducción

La pronación dolorosa, también conocida como subluxación de la cabeza del radio o codo de niñera, es una lesión ligamentosa que se observa en preescolares, en la que resulta comprometida la función del antebrazo. Se considera la lesión del codo más frecuente en la infancia. Salvo excepciones, se resuelve de inmediato mediante sencillas maniobras de reducción, sin precisar la realización de estudios radiológicos ni la consulta con otros especialistas.

Predomina en niñas menores de cuatro años de edad (media: 27 meses), y el brazo izquierdo suele ser el más afectado, lo que refleja una mayoría de cuidadores diestros. La pronación dolorosa se debe a la interposición y atrapamiento de parte del ligamento anular entre la porción anterior de la cabeza del radio y el cóndilo humeral, como resultado del desgarro y el posterior deslizamiento del mismo sobre la cabeza del radio.

En la mitad de los casos existe el antecedente de tracción, para evitar que el niño se caiga o se suelte de la mano, estando el antebrazo en pronación y el codo en extensión. Cuando ocurre, el niño sufre un dolor agudo y muestra rechazo a movilizar el antebrazo. Otras causas son: columpiar al niño cogiéndolo de sus manos, la caída o el golpe en el codo, la torsión del brazo, o, en el lactante, voltearse sobre sí mismo quedando el brazo extendido y atrapado bajo el tronco.

## 2 Objetivos

- Conocer los signos y síntomas de la pronación dolorosa para hacer una valoración y derivación precoz.
- Conocer la información necesaria para informar sobre la prevención de la pronación dolorosa.

## 3 Metodología

Para la realización del presente trabajo se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente.
Se ha realizado una búsqueda sistemática en diferentes páginas web y en las principales bases de datos Pubmed, Medline y Scielo.

## 4 Resultados

La pronación dolorosa es una lesión leve del codo, conocida también como subluxación de la cabeza del radio o codo de niñera. Es frecuente en menores de 4 años y más en las niñas. Debido al mecanismo por el que se produce, el codo izquierdo suele afectarse en más ocasiones que el derecho.
La pronación dolorosa es una subluxación leve de un hueso de la articulación del codo. Se produce sin un golpe previo, cuando un adulto tira de forma brusca con fuerza del brazo del niño (como al tirar de él cuando no quiere caminar, al balancearle, al ayudarle a subir un bordillo o al sujetarle cuando tropieza para que no caiga al suelo). Debido a este mecanismo, uno de los huesos del codo (el radio) se desplaza de su posición habitual y hace que el ligamento que lo rodea quede atrapado entre los huesos del codo, bloqueando la articulación.
Síntomas:
Cuando la lesión ocurre:

- El niño generalmente comienza a llorar de inmediato y se niega a usar el brazo debido al dolor en el codo.
- El niño puede sostener el brazo ligeramente doblado (flexionado) a la altura del codo y presionado contra la zona del vientre (abdominal).
- El niño moverá el hombro, pero no el codo. Algunos niños dejan de llorar a medida que el primer dolor desaparece, pero siguen rehusándose a mover el codo.

Tratamiento:

Cuando el diagnóstico está claro, sobre todo si la lesión se ha producido por el mecanismo del tirón antes referido, no hace falta hacer radiografías.

Hay dos posibles maniobras:

- Supinación. Es la forma clásica. Se trata de sujetar el brazo del niño por el codo con una mano y por la muñeca con la otra mano. Se va tirando lentamente de la muñeca y se gira el antebrazo de forma que su pulgar se vaya alejando de su cuerpo, colocando la palma de su mano hacia arriba. Se puede seguir con un movimiento de flexión del codo. Puede ayudar colocar el pulgar de la mano que sujeta el codo sobre la cabeza del radio (se puede localizar siguiendo el hueso que va desde el pulgar del niño hasta el codo). Cuando el hueso vuelve a su sitio, se puede notar un resalte o clic en el lugar donde se ha colocado el pulgar, y el niño puede mover el brazo.
- Pronación. Se sujetan el codo y la muñeca del niño igual que antes pero, en vez de hacer girar el antebrazo llevando la palma de la mano hacia arriba, se gira en sentido contrario.

Si no se logra reducir con una maniobra, se puede intentar con la otra.

Tras la reducción, no suele ser necesario hacer ningún tipo de inmovilización.

Pero a veces puede hacer falta cuando no se trata pronto o cuando se repite muchas veces.

Cuando estas maniobras se realizan pasadas las 12 horas desde la producción de la lesión o cuando no se consigue la reducción a pesar del tratamiento, puede estar indicada la inmovilización del brazo.

Normalmente, tras la maniobra de reducción, el dolor desaparece y el niño recupera la movilidad del brazo de forma inmediata (aunque en algunas ocasiones puede demorarse algunos minutos por el dolorimiento y la precaución), sin dejar secuelas. No tiene complicaciones graves, aunque en niños que han sufrido una pronación puede existir una tendencia a repetirse en más ocasiones.

Errores a evitar:

- Realizar maniobras de reducción sin realizar previamente una buena anamnesis y exploración física.
- Realizar maniobras de reducción ante casos donde el mecanismo causal no está

claro o existe sospecha de traumatismo previo.
- Realizar radiografías de forma sistemática a pacientes en edad pediátrica con impotencia funcional en la extremidad superior sin antecedentes traumáticos.
- Insistir en realizar maniobras de reducción sin dejar pasar unos 15- 30 minutos para confirmar el movimiento de la extremidad.
- Dar de alta al paciente tras las maniobras de reducción sin confirmar el correcto movimiento de la articulación.

Prevención del codo de niñera:
- No coger al niño ni hacerlo dar vueltas tomándolo por el antebrazo o la mano.
- Evitar levantar a su niño sosteniéndolo de los brazos o las manos.

## 5 Discusión-Conclusión

La pronación dolorosa del codo es una luxación de la articulación del codo en un niño pequeño generalmente causada por un adulto, o una persona más alta, que tira de manera repentina del brazo del niño cuando está extendido o cuando un niño se aparta de un adulto de un modo impulsivo. También puede ser causada por una caída o una torcedura. El niño se queja de dolor inmediatamente y no puede usar el brazo.

El tratamiento consta generalmente de la manipulación del brazo para lograr que los huesos del codo recuperen su posición correcta. Esta lesión se trata generalmente mediante la intervención manual. Hay dos maniobras típicas, supinación y pronación. En la supinación, se tuerce o gira hacia fuera el antebrazo (la palma de la mano del niño mira hacia arriba), a veces seguida de la flexión del codo. Aunque esta maniobra se utiliza a menudo, no siempre es exitosa. En la pronación, el antebrazo se tuerce o se rota hacia adentro (la palma de la mano del niño mira hacia abajo). Por lo general, ambos métodos son seguros, aunque puede presentarse equimosis, y pueden ser dolorosos.

## 6 Bibliografía

1. FAPap. Formación Activa en Pediatría de Atención Primaria. Maniobras de reducción de la pronación dolorosa. Marzo 2021.Disponible en: https://fapap.es/
2. Familia AEP. Pronación dolorosa ”se le salió el codo”. Marzo 2021. Disponible en:https://enfamilia.aeped.es.

## Capítulo 163

# FISIOTERAPIA: ROTURA PARCIAL DE LIGAMENTO CRUZADO ANTERIOR

FELIPE MERCADO RAMÍREZ

CLAUDIA GARCIA MERA

MARIA GEMA GALINDO TERCERO

LAURA VERGARA SAEZ

MAR GALINDO MARTINEZ

## 1 Introducción

El ligamento cruzado anterior( LCA) es uno de los cuatro ligamentos principales de la rodilla, junto con el ligamento colateral medial (LCM), el ligamento colateral lateral (LCL) y el ligamento cruzado posterior (LCP). Su función es mantener unidos la tibia y el fémur, impedir el desplazamiento de la primera sobre el segundo y dotar de estabilidad a la rodilla, especialmente rotacional.
Se trata de una de las lesiones de rodilla con gran incidencia poblacional, sobre todo en deportistas y especialmente entre mujeres (una cuestión anatómica, pues en la mujer el espacio en la rodilla para el ligamento es más estrecho). Su diagnóstico se presume tras la entrevista al paciente, si bien para alcanzar el definitivo será preciso la realización de una exploración física y, en último término, la prueba de imagen de Resonancia Magnética.
La rotura de este ligamento puede ser parcial o total, y de ello depende su tratamiento, siendo rehabilitador en el primer caso, mientras que en el segundo

caso ha de ser quirúrgico, salvo que el paciente sea mayor de 50 años y su actividad física sea ligera o nula. La técnica de aumentación solo sirve para las lesiones parciales del Ligamento Cruzado, ya que, en el caso de las roturas completas, hay que sustituir completamente el ligamento roto por una plastia.
La intervención médica inicial en estos casos tiene como objetivos:
- Descartar posible fractura osteocondral.
- Descartar posible lesión meniscal asociada.
- Confirmar un presunto diagnóstico.
- Revelar otros problemas concomitantes.

## 2 Objetivos

Exponer e indicar un caso clínico de rotura parcial de ligamento cruzado anterior por parte del equipo de fisioterapeutas.

## 3 Caso clínico

Paciente mujer, 65 años, acude a consulta en silla de ruedas por dolor en rodilla derecha tras caída por la escalera hace dos días. Refiere haber sentido un chasquido y desplazamiento de la rodilla hacia adelante. Obesa. Vida sedentaria. No intervenciones quirúrgicas. No alergias medicamentosas conocidas. Fumadora compulsiva (30 cigarrillos diarios). No otros hábitos tóxicos.
La paciente comenta que en la adolescencia tuvo una lesión en la misma rodilla por caída en clase de gimnasia. Sin historia. Se autoaplicó hielo y antinflamatorios no esteroideos (AINES). Desde entonces dice notar cómo de vez en cuando la pierna se tambalea y tiene sensación de rigidez que desaparece tras reposo.
En primer examen visual, presenta considerable hinchazón y enrojecimiento de la zona. Dolor a la palpación. No hematoma visible. Ante la imposibilidad de ponerse de pie por no soportar el dolor en postura erguida, y consecuentemente no poder practicarle la prueba del cajón ni la prueba de Lachman ni la maniobra Pivot Shift. Se pide inicialmente una RX simple para descartar fractura de rodilla. Como prueba definitoria y concluyente, una Resonancia Magnética, cuyos hallazgos confirman el diagnóstico de rotura parcial de ligamento cruzado anterior y artrosis grado 2.
Se le plantean dos opciones para tratar su dolencia:
1. Reposo y rehabilitación.
2. Aumentación del ligamento a través de cirugía artroscópica.

La paciente opta por la primera opción, a pesar de advertirle que de no intervenir quirúrgicamente, puede sufrir una rotura total. Se la deriva a Rehabilitación. Y en espera de cita, el tratamiento pautado a seguir es: reposo, hielo local y analgesia a base de AINES. El tratamiento para tratar la artrosis se basará en una única infiltración intra-articular de ácido hialurónico. Se le recomienda bajar de peso y dejar de fumar.

## 4 Discusión-Conclusión

La importancia del ligamento cruzado anterior estriba en dotar de estabilidad a la rodilla, o dicho de otro modo, no cojear. La paciente actuó acertadamente manteniendo reposo, aplicando hielo y con ingesta de AINES. Estas medidas, junto con la inmovilización de la pierna, son fundamentales para evitar complicaciones posteriores, evitando así un peor pronóstico.
Está demostrado que el estado físico, la fortaleza muscular y el control neuromuscular, son determinantes en la lesión de este ligamento. En nuestro caso, dado que la paciente presenta obesidad, y tiene más de 50 años, el pronóstico empeora. No obstante, si sigue las instrucciones dadas por su médico y cambia sus hábitos de vida, es presumible que pueda hacer vida normal tras finalizar su tratamiento rehabilitador.

## 5 Bibliografía

1. https://www.intramed.net/contenidover.asp?contenidoid=95239.
2. https://www.elsevier.com/es-es/connect/fisioterapia/fisioterapia-lesionesrodilla-anamnesis-Netter-Ortopedia.
3. https://es.m.wikipedia.org/wiki/Prueba_de_Lachman.
4. https://es.m.wikipedia.org/wiki/Prueba_del_caj%C3%B3n.

## Capítulo 164

# FISIOTERAPEUTAS Y LA LUMBALGIA AGUDA RECIDIVANTE

FELIPE MERCADO RAMÍREZ

CLAUDIA GARCIA MERA

MARIA GEMA GALINDO TERCERO

LAURA VERGARA SAEZ

MAR GALINDO MARTINEZ

## 1 Introducción

La lumbalgia es un dolor localizado en la regional lumbar. Se trata, pues de un síntoma y no de una enfermedad. Personas de ambos sexos y de cualquier edad se ven afectados por este tipo de dolor. Es muy frecuente e invalidante.
Es fundamental la precocidad en su diagnóstico, pues de esto depende la solicitud de determinadas pruebas complementarias. Por ello y, dada la inespecificidad de los síntomas que refieren los pacientes, cobra vital importancia una anamnesis y exploración física minuciosa, y la pericia del médico.
Existen distintos tipos de dolor, siendo el que mayor porcentaje representa (90%) el dolor mecánico. Y es el tipo que nos ocupa. El dolor mecánico es el que se produce a la carga y al movimiento, incrementándose con los esfuerzos y determinadas posturas. Dependiendo de la duración de los síntomas, se distingue entre dolor agudo (menos de seis semanas), subagudo (hasta seis meses) y crónico, siendo el más frecuente y de mejor pronóstico el primero.

Una vez que el médico tiene la sospecha del diagnóstico, ha de completarlo con dos tipos de razonamientos. Por un lado, a partir del descarte de otras patologías. Y por otro lado, con la afirmación a partir de pruebas radiológicas fundamentalmente. Dado que existen múltiples cuadros que pueden desencadenar dolor lumbar, el médico ha de ser extremadamente versado y concienzudo en su valoración para no pasar por alto enfermedades graves. Así pues, conforme a los síntomas que refiere la paciente, se trata de descartar enfermedades tales como:

- Litiasis renal.
- Osteoartritis.
- Sacroilitis.

Tienen en común dolor lumbar, si bien los signos específicos son distintos. Confirmado el diagnóstico, el tratamiento irá encaminado no solo a la supresión del dolor (tratamiento farmacológico a partir de AINES, relajantes musculares), sino también a la prevención (ejercicios rehabilitadores, masajes). Siempre de forma pautada.

## 2 Objetivos

Exponer e indicar a través de un caso clínico, los síntomas, diagnóstico y tratamiento de la lumbalgia explicado por el equipo de fisioterapia.

## 3 Caso clínico

Paciente mujer de 52 años. Auxiliar Administrativa. Acude a consulta un día después de haber estado en el Servicio de Urgencias por un dolor importante en zona lumbar tras haber pasado la tarde embalando sus pertenencias por cambio de domicilio.

Síntomas: episodios de sudoración, hinchazón abdominal, cansancio, falta de concentración, estreñimiento ocasional, mala calidad del sueño, nerviosismo, temblores, mareos, dolor lumbar acompañado de rigidez y limitación de movilidad.

Historia: fumadora severa (más de 16 cigarrillos al día). Amenorréica. Síndrome de ansiedad generalizada. Estrés laboral. Artrosis lumbar. Obesidad. Sedentarismo. Lumbalgias mecánicas resueltas en Urgencias con diclofenaco y diazepam. No alergias medicamentosas conocidas. Tratamientos habituales, ansiolíticos y AINES a demanda. Exploración física: normotensa, Pulso 100. ECG normal. Buen tono muscular. No entumecimientos. No hormigueos. No se aprecian signos de insuficiencia venosa en extremidades inferiores.

Se aplican maniobras de Lasegue y Bragard con resultado positivo. La Bioquímica arroja un valor de hipotiroidismo moderado. Hay un mínimo resto de sangre en orina aislada. El resto de valores están dentro de la normalidad. Los hallazgos tras la radiografía simple en columna lumbosacra se traducen en mínima escoliosis de convexidad derecha sin lesiones óseas, de origen postural. Teniendo en cuenta los resultados hallados, junto con la historia del paciente, me inclino a diagnosticar una lumbalgia axial mecánica recidivante exacerbada por el síndrome de ansiedad generalizado descontrolado.
El tratamiento para la lumbalgia será vía oral y tendrá una duración no superior a seis semanas. Tomará AINES conforme a la pauta 1-1-1, y relajante muscular(no más de dos semanas. Uno al día, que hará coincidir con la cena. Provoca somnolencia). En caso de no remitir en ese tiempo, la paciente ha de ser revalorada. En lo referente a la ansiedad, la remito a Salud Mental.

## 4 Discusión-Conclusión

Concluimos este caso indicando que la paciente presenta un claro cuadro de lumbalgia axial mecánica recidivante.
Las directrices a seguir, aparte de lo propio para el dolor lumbar, son las siguientes:
- Pautar tratamiento para la ansiedad e hipertiroidismo.
- Realizar actividad física lumbar de manera pautada para reducir la sobrecarga en la columna vertebral.
- Perder peso.
- Dejar de fumar.

Es de vital importancia el control del estrés y de la ansiedad, pues es bien sabido su relación directa con la cronicidad del dolor lumbar. Con estas medidas y una buena higiene postural, las lumbalgias no desaparecerán, pero sí disminuirá su frecuencia e intensidad.

## 5 Bibliografía

1. https://www.elsevier.es.
2. https://www.spine-health.com/espanol/anatomia-de-la-columna-vertebral/.
3. https://inforeuma.com/enfermedades-reumaticas/artrosis-lumbar/.
4. https://blog.saludonnet.com/tsh.
5. https://www.wnyurology.com/content.aspx?chunkiid=103555.

## Capítulo 165

# ESTUDIO DEL COLÓN POR ENEMA OPACO

ROSARIO RODRIGUEZ DIAZ

RAFAEL CABAÑAS ESTÉVEZ

RAÚL MORENO MARTÍN

## 1 Introducción

Esta prueba nos ayuda a diagnosticar enfermedades y prevenirlas. Una de las más comunes es el cáncer de colon.
Será necesaria una dieta días antes de la realización de este ensayo, con el objetivo de limpiar el colon. Dicha dieta será diseñada por la especialista.
El beneficio del enema opaco es que se expande a las partes que requiere el examen, y así evita radiar otras zonas. Se obtienen imágenes nítidas de la zona de estudio.
Durante el enema opaco de doble contraste la esfera se llena de una mínima cantidad de aire. Esto facilitara la expansión del radiofármaco por la zona requerida.
La persona que se está realizando la prueba debe colaborar a la hora de la introducción del enema en el recto, y también deberá intentar mantenerlo en el recto de manera estable para que las imágenes sean lo más nítidas posible.
Una vez hayamos acabado de examinar, el individuo deberá de ir al servicio para eliminar el enema.
La eliminación de este radiofármaco no es complicada, deberá de llevar una dieta "blanda" (caldo de verduras, pescado a la plancha, zumo de naranja filtrado, etc.) hasta comer con normalidad.

## 2 Objetivos

Describir cómo se realiza el estudio de colon por enema opaco.

## 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 la realización de este ensayo, es necesario realizar una dieta unos tres días antes, la alimentación debe de ser pobre en fibra. El objetivo es quitar la suciedad del colon. con el fin de limpiar el interior del colon.
El individuo que va a someter al estudio tiene que verificar que no es alérgico a ninguno de sus componentes.
Para realizar esta prueba diagnóstica se llevará a cabo las siguientes instrucciones:
El paciente debe acomodarse de en la mesa de rayos x. se debe tomar una o varias radiografías paras asegurar que el colon se encuentra limpio. Posteriormente, se le pedirá al paciente que se ponga decúbito lateral, el personal sanitario le deberá introducir de forma paulatina y lubricada una sonda que contiene el enema opaco.
En algunas ocasiones se tendrá que llenar un globo de tamaño pequeño en la punta de la sonda para ayudar a que el bario se mantenga en el recto.
Se debe de vigilar la cantidad de sulfonato de bario, para ello se utilizará la maquina cualificada.
Hay veces que la esfera se puede ocupar con algo de aire esto facilitará su expansión por la zona requerida. Esta prueba diagnóstica recibe el nombre de enema opaco de doble contraste.
Si se considera pertinente se le pedirá al paciente que se mueva para obtener ángulos de diferentes zonas.
El individuo debe de colaborar manteniéndose inmóvil para conseguir imágenes lo más nítidas posible. Una vez obtenidas las imágenes se procederá a retirar la sonda poco a poco.

Una vez retirada la sonda el individuo acudirá al servicio para la evacuación de parte del radiofármaco, una vez el paciente vuelva, se le podrá realizar una o dos radiografías más.

## 5 Discusión-Conclusión

En este caso hablamos de un ensayo sin mayor complicación, se necesita la cooperación del paciente ya que hay una dieta previa pautada por el especialista. Se asegurará que el recto está limpio con una placa. Se le meterá un radiofármaco de forma paulatina y con lubricación para evitar más molestias al enfermo. Una vez introducido de forma completa se procederá a estudiar la zona que marque el radiofármaco a la persona que se está realizando el ensayo.
Lo más frecuente es que el paciente tenga que acudir al baño para eliminar parte del radiofármaco(bario), una vez el paciente vuelva, se le podrá realizar una o dos radiografías más.

## 6 Bibliografía

1. https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/003817.htm#::text=El%20enema%20opaco%20o%20enema,heces%20muy%20duras%20(estre%C3%B1imiento).
2. https://www.redaccionmedica.com/recursos-salud/diccionario-enfermedades/enema-opaco.

## Capítulo 166

# DENSIOMETRÍA ÓSEA. EVALUACIÓN Y RESULTADOS

RAFAEL CABAÑAS ESTÉVEZ

ROSARIO RODRIGUEZ DIAZ

RAÚL MORENO MARTÍN

## 1 Introducción

Cuando hablamos de densiometría ósea nos referimos a absorciometría de rayos X que es el método más utilizado.
En estos momentos, la osteoporosis es una de las enfermedades más destacadas en la actualidad. Debilita el hueso por lo que es más probable sufrir alguna fractura.
La Organización Mundial de la Salud (OMS) define osteoporosis a mujeres blancas con densidad mineral ósea inferior a 2,5 desviaciones típicas de la media de la mujer joven.
Las fracturas vertebrales no son tan evidentes y pueden descubrirse con una placa de tórax o columna.
Cuando una fractura es provocada por un trauma fuerte como un accidente, se pide información para diagnóstico de osteoporosis.
Los factores de riesgo son: tabaquismo, sedentarismo, pubertad retrasada, consumo de alcohol en exceso, bajo peso, raza blanca o asiática, historia familiar y consumo bajo de calcio. Es imprescindible evitar las caídas para evitar las fracturas de los huesos. Los principales factores de riesgo para sufrir caídas son: edad

avanzada, enfermedades neurológicas, problemas de equilibrio, deterioro cognitivo, problemas de visión, problemas en pies o calzado no adecuado y uso de sedantes y antidepresivos.
Existen también factores ambientales que incrementan la probabilidad de sufrir caídas como son: alfombras, poca luz, etc.

## 2 Objetivos

- Evaluar el empleo de la densitometría ósea en el diagnóstico de osteoporosis en pacientes asintomáticos.
- Evaluar su empleo en el seguimiento de tratamiento a pacientes con osteoporosis.

## 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, Dare, HTA. 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

Puede emplearse para medición de columna y fémur principalmente, aunque existen más como esqueleto completo, antebrazo y falanges. La densidad mineral se mide en gr/cm$^2$.
No se suele utilizar esta prueba por los costes y por que no son fiables los valores. La mitad de las facturas con osteoporosis ocurren con densidades óseas normales. Existen muchas técnicas, pero la más utilizada es la absorciometría. Es la única técnica para la repetición de la monitorización si se está monitoreando un tratamiento. El lugar más candidato para mediciones es la cadera, prediciendo fracturas de fémur y de trocánter.

Resultados de revisiones sistemáticas y estudios primarios.
Efectividad/eficacia:
Los beneficios de la determinación de la densidad mineral ósea es detectar fracturas y disminuir su ocurrencia.

Se prevé identificar los riesgos de fracturas, sobre todo la de cadera que es la más común.

Estudios de rastreo (screening):
Cuando se propone un rastreo en una tecnología, se cumplirán los siguientes requisitos:
- Un diagnóstico precoz llevará mejores diagnósticos clínicos.
- Los pacientes sometidos a rastreo seguirán un tratamiento subsecuente.
- Está enfermedad tiene una tasa alta de morbilidad y mortalidad.
- Es eficaz el estudio de rastreo.
- Costos, precisión y la aceptación del test de rastreo serán adecuados para la población.
Se aplicaron a unos criterios para discutir el rastreo de la osteoporosis (Cummings & Black, 1986; Alexeeva y col. 1994). Alexeeva y col. Se agruparon en 4 grupos: El test, la enfermedad, el programa y la intervención.
- La enfermedad: se rastrea un problema en la salud publica y su historia claramente estudiada. Los datos que se estudian son el numero de fracturas, mortalidad, cambios de calidad de vida y por último fractura. La relación entre fractura y densidad ósea esta demostrada.
- La prueba: Ha de ser simple, segura, aceptable, efectiva, sensible y específica. La densidad ósea es simple y segura con la radiación mínima. Aceptación ha sido buena y la densidad mineral reduce el riesgo de fracturas.
- La intervención: Después del rastreo, se cuenta con intervenciones aceptables y efectivas. Si existen varias intervenciones que aumenta la masa ósea, disminuirá el riesgo de fracturas.
- Programa: Necesita equipamiento y personal entrenado para diagnóstico y tratamiento y debe ser costo efectivo. Reduciendo costes con el tratamiento y la morbilidad, si se identificará precozmente la osteoporosis.
Es un procedimiento no invasivo, seguro y aceptable. Dosis de radiación son leves.

Resultados de evaluaciones, recomendaciones, guías de uso y política de cobertura:
La asociación americana de endocrinos clínicos recomendó la densidad mineral ósea en las siguientes condiciones:
- Riesgo en la evaluación peri y posmenopáusicas preocupadas por la osteoporosis.
- Descubrir en un examen la osteoporosis.
- Mujeres con tratamiento con corticoides.

- Mujeres con peri y postmenopáusicas con hiperparatiroidismo sintomático, detectando la osteoporosis a través de paratiroidectomía.
- Mujeres con tratamiento de osteoporosis para monitorear tratamiento.

## 5 Discusión-Conclusión

La osteoporosis es un problema de salud bastante importante.
Se recomienda el consumo de algunas vitaminas, calcio y ejercicio físico para reducirlo. Existen varias intervenciones implantadas sin tener que medir la densidad ósea.
Debemos acentuar medidas preventivas porque el 50 % de las fracturas tienen densidad ósea normal.
Existen reglas de predicción clínica de baja densidad ósea que deberían emplearse para decidir si solicitarlo o no.
Existe la regla SCORE y la ORAI.
Es más fácil utilizar la ORAI porque el peso se expresa en kg.
Se debe indicar a mujeres con puntuación mayor o igual a 9 puntos y que estén dispuesta a tratarse.
Ambas reglas diagnostican al 96% de las mujeres con osteoporosis.

## 6 Bibliografía

1. Russell A, Morrison R. An assessment of a new SCORE index as a predictor of osteoporosis in women. Scan j Reum.
2. Van Staa TP, Abenhaim L, Cooper C (1998). Use of cyclical etidronate and prevention of non-vertebral fractures. Br J Rheumatol.
3. Cummings SR, Black DM, Thompson DE, Applegate WB, et al (1998). Effect of alendronate on risk of fracture in women with low bone density but without vertebral fractures - Results from the Fracture Intervention Trial.
4. Cummings SR, Eckert S, Krueger KA, Grady D, et al (1999). The effect of raloxifene on risk of breast cancer in postmenopausal women.
5. Delmas PD, Bjarnason NH, Mitlak BH, Ravoux A-C, et al (1997). Effects of raloxifene on bone mineral density, serum cholesterol concentrations and uterine endometrium in postmenopausal women.
6. Ho YV, Frauman AG, Thomson W, Seeman E (2000). Effects of alendronate on bone density in men with primary and secondary osteoporosis. Osteoporosis.

## Capítulo 167

# LA FLUOROSCOPIA EN LA ADMINISTRACIÓN A PACIENTES

RAFAEL CABAÑAS ESTÉVEZ

ROSARIO RODRIGUEZ DIAZ

RAÚL MORENO MARTÍN

## 1 Introducción

Esta técnica se basa en una radiografía que emite video en el momento para visualizar a los tejidos, órganos y estructuras en movimiento. La fluoroscopia es como una película, se ve el organismo en acción.
A través de un intensificador, los rayos X entran y salen y la imagen será mostrada por un monitor en directo.
La fluoroscopia es utilizada en gran variedad de procedimientos para el diagnóstico por imagen.
Se necesita una fluoroscopia si se necesita estudiar un órgano, aparato, sistema o alguna parte interna de nuestro organismo.
Según la prueba, se necesitará preparación o no. En caso de que se necesite ayuno esta información la proporciona el personal cualificado.
Si la paciente está embarazada, el riesgo es alto de radiación para el bebe.
En su gran mayoría la fluoroscopia no se considera dañina.
El resultado dependerá del tipo de procedimiento que se utilice para realizar la prueba.

Esta prueba se utiliza para detectar y evaluar una gran diversidad de dolencias y trastornos. Será necesario realizar pruebas complementarias para encontrar un diagnóstico y enviarla al médico especialista.

## 2 Objetivos

Dar a conocer la utilización de la fluoroscopia para la realización de diversas pruebas.

## 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

Es un tipo de radiografía cuya visualización es en tiempo real, a diferencia de las radiografías convencionales que son fotografías sin movimientos.
La fluoroscopia son rayos X que entran y salen del cuerpo del paciente y pasan por un amplificador para que podamos ver la imagen a través de un monitor en directo.
El personal sanitario cualificado se encargará de valorar si realizar la prueba o no.
La fluoroscopia estudia en tiempo real, órganos, estructuras del cuerpo, etc.
Se pueden detectar varias enfermedades con esta prueba.
Así mismo, se utiliza para el tratamiento en técnicas de bloqueos para el dolor.
A pesar de su efectividad en este campo hay muchos sanitarios de la salud que no reciben formación especifica.
Se utiliza más frecuentemente para el estudio del tránsito esofagogastrointestinal o enema de bario para ver el movimiento del tubo digestivo.
No se requiere ningún tipo de preparación antes de la prueba excepto que el médico vea adecuado realizarla en ayunas e incluso dejar de tomar algún tipo de medicación.

Esta radiación afecta al feto o bebe, en el caso de que la paciente esté embarazada.
En pacientes pediátricos- adolescentes hay que tener en cuenta la facción beneficios/riesgo ya que es posible que a estos pacientes se les aumente la radiación.
En otros pacientes también hay riesgo al tratarse de radiación ionizante.
La videofluoroscopia consiste en la ingesta del paciente de varios bolos de alimentos que varían en consistencia y volumen. De esta forma quedará registrado en video todo el proceso deglutorio.
La duración de esta prueba es de casi 1 hora.

## 5 Discusión-Conclusión

Estamos de acuerdo en que habría que formar más sanitarios en el ámbito de utilizar la fluoroscopia en el bloqueo del dolor para obtener más beneficios aparte de las pruebas diagnósticas.
La mayor ventaja que emite video esta prueba y se puede ver al instante tanto las estructuras, los órganos, etc.
Para poder facilitar al medico al radiólogo un diagnostico precoz. Por lo cual, el médico especialista, diagnosticará y valuará el resultado y será comunicado al paciente. Esta no necesita preparación por parte del paciente a no ser que se lo indique el personal cualificado. La única preparación que se puede indicar es el ayuno.

## 6 Bibliografía

1. https://medlineplus.gov/spanish/pruebas-de-laboratorio/fluoroscopia./
2. https://www.google.com/search?sa=X&sxsrf=APq-WBv99Bkyns3almcAcgZpgQJ1fTWQNw:1646324268501&q=%C2%BFCu%C3%A1nto+dura+una+fluoroscopia%3F&ved=2ahUKEwi21tXpq6r2AhWKhP0HHRstAoQQzmd6BAg4EAU&biw=1098&bih=517&dpr=1.75.
3. https://www.google.com/search?q=fluoroscopia+para+el+dolor&sxsrf=APq-WBtmQd3deMrsw7GGJ0Q6ucOidc3Hqg%3A1646331896710&ei=-AchYpzzKsCB9u8P3_uWyAQ&ved=0ahUKEwicz4qfyKr2AhXAgP0HHd-9BUkQ4dUDCA4&uact=5&oq=fluoroscopia+para+el+dolor&gs_lcp=Cgdnd3Mtd2l6EAMyBggAEBYQHjoHCCMQsAMQJzoFCAAQgAQ6BAgAEEM6CAgAEBYQCh
gws-wiz.

## Capítulo 168

# COMO LA HIGIENE DE MANOS DEL TÉCNICO ESPECIALISTA EN RADIODIAGNÓSTICO SALVAVIDAS

JOSÉ ENRIQUE VERDÚ CHUMILLAS

MELISA DEL HORNO DÍAZ

BEATRIZ DEL PINO FERNÁNDEZ

MARIA PILAR SANCHEZ FABRA

MARIA INMACULADA LOSA MARÍN

## 1 Introducción

Los hospitales son los lugares donde la gente recibe la atención sanitaria que necesita de forma lo más segura posible. Lamentablemente esto no siempre es posible y las infecciones hospitalarias o nosocomiales tienen un alto índice de incidencia, constituyendo un gran problema para la salud pública y acarreando una alta tasa de morbi-mortalidad.

Las manos se convierten en la vía principal de transmisión de gérmenes durante la atención sanitaria del técnico especialista en radiodiagnóstico. Por nuestras manos pasan un gran número de pacientes al día y gran parte de estas infecciones nosocomiales pueden ser evitadas con un correcto lavado de manos, ya que este facilita que la mayoría de microorganismos adquiridos por el contacto

con personas o materiales colonizados o infectados puedan ser eliminados fácilmente con una correcta higiene de manos.
Como higiene de manos entendemos el procedimiento para reducir el número de microorganismos que hay en la piel de las manos. Si se realiza con agua y jabón lo llamamos lavado de manos y si se realiza con una solución alcohólica o jabón antiséptico se denomina desinfección de manos. Este último esta especialmente indicado por comodidad y rapidez de uso, entendiendo que nuestras manos no estén sucias , en cuyo caso debemos recurrir al lavado con agua y jabón obligatoriamente.

## 2 Objetivos

- Explicar los tipos de higiene de manos y su importancia.
- Indicar cuándo y cómo realizar correctamente la higiene de manos.

## 3 Metodología

Para la correcta elaboración del trabajo se ha realizado una revisión bibliográfica de la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros, artículos y bases de datos sanitarias: SciELO y Google Académico, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas. Palabras clave: lavado, manos, antisepsia, oms, desinfección.

## 4 Resultados

1. Podemos distinguir tres modalidades de higiene de manos:
1.1 Lavado de manos higiénico: es aquel en el que utilizamos agua y jabón neutro. Es el más habitual y aconsejado cuando estén visiblemente sucias o contaminadas con material proteínico, sangre u otros líquidos corporales. Conseguimos retirar la suciedad de las manos así como la flora transitoria.
1.2 Lavado de manos antiséptico: es aquel en el que utilizamos agua y soluciones antisépticas o gel alcohólico. En este conseguimos retirar y acabar con la flora transitoria de la piel de las manos.
1.3 Lavado de manos quirúrgico: es aquel en el que utilizamos agua y soluciones antisépticas (habitualmente clorhexidina al 4 %). En este conseguimos retirar y eliminar la flora transitoria así como disminuir la flora residente.

2. La Organización Mundial de la Salud (OMS) ha establecido unas directrices para realizar una correcta desinfección e higiene de manos debido a la alta incidencia de infecciones en la atención sanitaria que son fácilmente evitables.
Técnicas de higiene de manos:
2.1 Desinfección de manos por higiene mediante lavado de manos. Solo cuando estén visiblemente sucias. Tiempo estimado 20-30 segundos.
- Mojarse las manos con agua.
- Utilizar suficiente cantidad de producto para cubrir todas las superficies.
- Frotarse las palmas de las manos entre sí.
- Frotarse la palma de la mano derecha contra el dorso de la mano izquierda entrelazando los dedos y viceversa.
- Frotarse las palmas de las manos entre si, con los dedos entrelazados.
- Frotarse el dorso de los dedos de una mano con la palma de la mano contraria.
- Frotarse con un movimiento de rotación el pulgar izquierdo agarrándolo con la palma de la mano derecha, y viceversa.
- Frotarse la punta de los dedos de la mano derecha contra la palma de la mano izquierda, haciendo un movimiento de rotación, y viceversa.
- Enjuagarse las manos con agua.
- Secarlas con una toalla de un solo uso.
- Cerrar el grifo con una toalla.
2.2 Higiene de manos mediante preparaciones alcohólicas.
- Depositar en la palma de la mano una dosis de producto suficiente para cubrir todas las superficies a tratar.
- Frotarse las palmas de las manos entre sí.
- Frotarse la palma de la mano derecha contra el dorso de la mano izquierda entrelazando los dedos y viceversa.
- Frotarse las palmas de las manos entre si, con los dedos entrelazados.
- Frotarse el dorso de los dedos de una mano con la palma de la mano contraria.
- Frotarse con un movimiento de rotación el pulgar izquierdo agarrándolo con la palma de la mano derecha, y viceversa.
- Frotarse la punta de los dedos de la mano derecha contra la palma de la mano izquierda, haciendo un movimiento de rotación, y viceversa.

3. Además de esto, la OMS determinó los cinco momentos para realizar el lavado de manos, que son:
- Antes de tocar al paciente para protegerlo de gérmenes dañinos que podemos tener en las manos.
- Antes de realizar una tarea limpia/aséptica para protegerlo de gérmenes dañinos que podrían entrar en su cuerpo, incluidos los suyos propios.

- Después del riesgo de exposición a líquidos corporales incluido después de quitarse los guantes.
- Después de tocar al paciente para protegerlo a él y su entorno.
- Después del contacto con el entorno del paciente como muebles y objetos.

## 5 Discusión-Conclusión

Unas orientaciones claras, eficaces y aplicables sobre las medidas para frenar la propagación de las infecciones son el mejor mecanismo de actuación.
Se considera que la higiene de manos es la medida más importante en prevención y control de infecciones por lo que es importante que estas orientaciones lleguen a todos los profesionales y se implementen en la medida de lo posible atendiendo a que tipo de lavado es el más adecuado en cada situación.
No sirve de nada conocer los tipos de lavados si no se aplican y tampoco sirve de nada lavarse habitualmente si no se realiza de la forma correcta dependiendo de la situación.

## 6 Bibliografía

1. Lavado de manos en: comisiones_sub_grupos/Lavado_de_manos.pdf.

2. Guía lavado de manos en: http://www.irennorte.gob.pe/pdf/epidemiologia/Guia-lavado-mano-clinico-y-quirurgico-final-abv.pdf.
3. Higiene de las manos: ¿por qué, cómo, cuándo? en: https://www.who.int/gpsc/5may/tools/ES_PSP_GPSC1_Higiene-de-las-Manos_Brochure_June-2012.pdf.
4. Directrices de la OMS sobre higiene de las manos en la atención sanitaria en: https://www.who.int/patientsafety/information_centre/Spanish_HH_Guidelines.pdf.

5. Lavado de manos quirúrgico en: https://papelmatic.com/como-debe-ser-el-lavado-de-manos-quirurgico/.

## Capítulo 169

# GESTIÓN DE RESIDUOS RADIACTIVOS EN MEDICINA NUCLEAR. CLASIFICACIÓN, ALMACENAMIENTO Y EVACUACIÓN

ANA PILAR OCAMPOS ALVAREZ

## 1 Introducción

Elementos radiactivos de distinto tipo se emplean en muy variadas actividades. Las centrales de energía nuclear son las que mayor cantidad de estos residuos contienen, pero también existen distintas aplicaciones de la medicina, la industria, producción de energía eléctrica, la investigación y desarrollo, etc. que emplean isótopos radiactivos.

Dos características hacen especiales a los residuos radiactivos: su gran peligrosidad (cantidades muy pequeñas pueden originar dosis de radiación peligrosas para la salud) y su duración (algunos de los isótopos permanecerán emitiendo radiaciones miles y decenas de miles de años). De ahí que, aunque la cantidad de este tipo de residuos que se producen en un país sea comparativamente mucho menor que la de otros tipos de residuos, sus tecnologías y métodos de tratamiento sean mucho más complicados y difíciles.

En función de la instalación se clasifican los residuos con métodos diferentes, adaptándose al tipo de instalación. Los parámetros para la clasificación atenderán a diferentes aspectos del residuo y las clasificaciones más comunes en los servicios de Medicina Nuclear en los centros hospitalarios se basan en el estado físico y la naturaleza fisicoquímica así como en las características radiológicas.

En cuanto al estado físico y naturaleza fisicoquímica, podemos encontrarnos con sólidos contaminados, líquidos radiactivos y/o contaminados, fuentes encapsuladas, sólidos radiactivos y residuos gaseosos. Y en cuanto a las características radiológicas se deberá tener en cuenta su período de semidesintegración, la actividad en origen (expresada en términos de concentración en los líquidos o en actividad total en caso de sólidos o fuentes).
La gestión de estos materiales residuales, en cualquier caso, debe tener procedimientos seguros tanto para el personal expuesto como para el público, minimizando el riesgo de contaminación e irradiación externa durante todo el proceso. La gestión de residuos radiactivos tiene una secuencia general de operaciones manteniendo siempre las fases de clasificación, segregación, recogida y transporte y almacenamiento.

## 2 Objetivos

Conocer cómo se realiza la gestión de residuos radiactivos en medicina nuclear.

## 3 Metodología

Para la elaboración de este trabajo se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica, sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda entre varios libros y también se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, Cinahl, Scielo y Google Académico, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

## 4 Resultados

La gestión de los residuos radiactivos sirve para optimizar el impacto radiológico y el detrimento que pueden causar a la salud y al medio ambiente, estableciéndose procedimientos desde que se genera el residuo hasta su clasificación, almacenamiento y evacuación.
Una vez clasificados, como ya hemos visto, los materiales residuales se mantendrán almacenados hasta el momento de su evacuación por vía convencional (cuyo contenido radiactivo esté por debajo de los valores establecidos) o su transferencia a la empresa autorizada (En España, ENRESA) y para ello se almacenan

temporalmente en un lugar destinado exclusivamente para ello y de acuerdo con una serie de criterios de protección radiológica.
La situación ideal en el servicio de Medicina Nuclear es disponer de un almacén temporal de residuos con acceso directo, para evitar el transporte de material radiactivo por la instalación. En caso de no ser posible esta localización, se tendrá en cuenta la evacuación rápida en caso de emergencia, la facilidad en el transporte de material radiactivo, que sea un lugar alejado de riesgos explosivos o inflamables y sin riesgo de humedad, de fácil acceso a los vehículos de ENRESA para que puedan retirar los residuos y que el almacén se encuentre en desnivel con respecto al exterior, ya que, en caso de derrame de líquidos radiactivos, estos no puedan salir.
Básicamente, los residuos de media-baja actividad se introducen en contenedores especiales que se almacenan durante un tiempo en superficie hasta que se llevan a vertederos de seguridad. Los almacenes definitivos para estos residuos son, en general, subterráneos, asegurando que no sufrirán filtraciones de agua que pudieran arrastrar isótopos radiactivos fuera del vertedero. En España, la instalación preparada para esto es la de El Cabril (Córdoba). Los residuos de alta actividad, por su parte, son los más difíciles de tratar y se suelen vitrificar (fundir junto a una masa vítrea) e introducir en contenedores muy especiales capaces de resistir agentes muy corrosivos, el fuego, terremotos, grandes colisiones, etc. Estos contenedores se almacenarían en vertederos definitivos y se están estudiando varios emplazamientos, pero todavía no existen por lo que, por ahora, la mayoría de los residuos de alta actividad se almacenan en lugares provisionales o en las piscinas de la misma central nuclear.

## 5 Discusión-Conclusión

Se clasifican los residuos en Medicina Nuclear según el tipo de instalación radiactiva para proceder a su recogida, transporte y/o almacenamiento. Los parámetros para la clasificación de los residuos radiactivos atenderán a diferentes aspectos del residuo como su origen, actividad, radionucleidos presentes, tipo de radiación emitida, período de semidesintegración, estado físico (líquido, sólido o gaseoso), composición química, propiedades (compactable o no, incinerable o no, metálicos, etc.), tipo de riesgo asociado, etc.
Los residuos radiactivos gestionados en Medicina Nuclear están contaminados por sustancias radiactivas y su eliminación puede hacerse en la propia instalación o bien entregándose a ENRESA (en España, la empresa que lleva a cabo la retirada de residuos) al tratarse de residuos en concentraciones de actividad mayores que

los establecidos por las autoridades para su desclasificación.

## 6 Bibliografía

1. Ley 20/1986 Básica de Recursos Tóxicos y Peligrosos.
2. Real Decreto 35/2008. Reglamento sobre instalaciones nucleares y radiactivas.
3. Real Decreto 1308/2011 sobre protección física de las instalaciones y los materiales nucleares y de las fuentes huérfanas.
4. Real Decreto 102/2014 para la gestión responsable y segura del combustible gastado y los residuos radiactivos.

## Capítulo 170

# SÍNDROME DE BURNOUT EN EL TÉCNICO EN IMAGEN PARA EL DIAGNÓSTICO

JOSÉ ENRIQUE VERDÚ CHUMILLAS

MELISA DEL HORNO DÍAZ

BEATRIZ DEL PINO FERNÁNDEZ

MARIA PILAR SANCHEZ FABRA

MARIA INMACULADA LOSA MARÍN

## 1 Introducción

"Burnout" acuñado por primera vez por Herbert Freudenbergher en 1974, puede definirse como el trastorno consecuencia de un estrés laboral crónico y se sus características principales son un estado de agotamiento emocional, acompañados de una actitud cínica o distante en el trabajo y de una sensación de ineficacia o insatisfacción laboral.

Desde el año 2000 la Organización Mundial de la Salud lo sumó como otro factor de riesgo laboral junto al riesgo físico, biológico, químico, ergonómico, mecánico y ambiental. Con todo, al ser un factor de riesgo laboral el síndrome no se describe como una enfermedad según la Clasificación Internacional de Enfermedades.

El factor que más influye en este síndrome es la carga de trabajo, por lo que los Técnicos en Imagen para el Diagnóstico (TSID) más afectados por este síndrome

son el personal que trabaja habitualmente en urgencias. Una mayor carga de trabajo y el trato directo con el paciente hacen que la carga mental del TSID aumente considerablemente y en ocasiones puede derivar en la aparición de este síndrome. También es habitual que ocurra al principio de su carrera profesional ya que el técnico es más susceptible de no ser capaz de conseguir sus objetivos laborales o al menos, no al nivel que se exige.

## 2 Objetivos

- Describir el síndrome de Burnout en el Técnico en Imagen para el Diagnóstico.
- Conocer estrategias para evitar la aparición de este síndrome.

## 3 Metodología

Para la elaboración del presente artículo se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente sobre el síndrome de Burnout. Se ha realizado una búsqueda exhaustiva de artículos académicos en bases de datos científicas como Medline y en revistas científicas, así como en el buscador de Google académico. Se han utilizado palabras clave como síndrome burnout, sanitario y síndrome.

## 4 Resultados

Los principales factores que influyen en la aparición del síndrome de burnout son:

- Una alta carga de trabajo en momentos puntuales sobre todo en urgencias. Querer llegar a todo por tener pacientes esperando pero no poder hacerlo por tratarse de pacientes que necesitan una movilización delicada y un tiempo mínimo de trabajo acaba desembocando en problemas.
- Elevado nivel de estrés debido en ocasiones a una falta de formación o reciclaje. Constantemente se cambian equipos a otros más actuales y todos tienen una curva de aprendizaje. Si no se da una formación especifica redunda para cada uno de ellos esto termina redundando en carga mental por sacar el trabajo adelante en situaciones de mucha presión.
- No disponer de los medios adecuados: En muchas ocasiones el TSID puede realizar el trabajo en cualquier equipo pero ciertas situaciones son dependientes de

la calidad y potencia del equipo. Un ecógrafo con suficiente potencia, una resonancia magnética (RM) con más teslas, radiología digital para agilizar el trabajo, etc.
Además siempre tenemos que tener en cuenta que deben mantenerse unos ratios correctos pacientes/profesionales sanitarios que no siempre se cumplen.
Según el estudio de Ferrer, en 2002, un elemento crucial para la aparición del burnout era la comunicación con los pacientes. La comunicación de situaciones difíciles y la dificultad para hacer entender a los pacientes y familiares lo que esta sucediendo lleva al personal sanitario a hacerse responsable de lo que ocurre, lo que acarrea mayor carga mental.
Se han determinado dos clasificaciones según como este caracterizado este síndrome en cada paciente:
- El burnout activo en el que el trabajador mantiene un comportamiento asertivo, relacionándose adecuadamente con elementos externos de su ámbito laboral.
- El burnout pasivo en el que el trabajador comienza a experimentar apatía y se relaciona con factores psicosociales internos.

## 5 Discusión-Conclusión

Existe la necesidad de tomar medidas preventivas para evitar la aparición de síntomas compatibles con el síndrome de burnout. Con ellas se evitarían situaciones con altos niveles de estrés y ayudaría a la salud mental del colectivo de trabajadores de sanidad.
Aumentar la inversión en personal y su formación es la forma más sencilla de ayudar a los trabajadores a reducir el estrés. Así el profesional estará capacitado para desenvolverse en todo tipo de situaciones difíciles utilizando toda su formación, técnicas y trabajo en equipo para que los estudios sean lo más diagnósticos posibles sin suponer un problema ni causando unos elevados niveles de estrés.

## 6 Bibliografía

1. Artículo de https://www.mayoclinic.org/es-es/healthy-lifestyle/adult-health/in-depth/burnout/art-20046642?p=1.
2. Caro Hernández, M. (2006). Reseña de “el síndrome de quemarse por el trabajo (burnout). Una enfermedad laboral en la sociedad del bienestar. Revista de Psicología del Trabajo y de las Organizaciones, vol.22, nº1, 123-125.

3. https://www.academia.edu/26466737/Burn_out_o_s%C3%ADndrome_de_desgaste_profesional.
4. Artículo de https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30449467/.
5. Artículo de http://www.medicosypacientes.com/articulo/la-oms-reconoce-como-enfermedad-el-burnout-o-sindrome-de-estar-quemado.
6. Artículo de https://www.terapify.com/blog/sindrome-de-burnout-causas-sintomas-y-tratamiento/.

## Capítulo 171

# SISTEMA BI-RADS SEGÚN EL TÉCNICO EN IMAGEN PARA EL DIAGNÓSTICO

JOSÉ ENRIQUE VERDÚ CHUMILLAS

MELISA DEL HORNO DÍAZ

BEATRIZ DEL PINO FERNÁNDEZ

MARIA PILAR SANCHEZ FABRA

MARIA INMACULADA LOSA MARÍN

## 1 Introducción

Existen diversas formas para registrar la cantidad de casos de una enfermedad que se diagnostican en el conjunto de la sociedad. Una de las más utilizadas es la incidencia, sobre todo en registros de cáncer en una población y en un periodo determinado. Expresándose como una tasa anual por cada 100000 personas o en un número absoluto de casos por año.
El cáncer de mama sigue siendo el tipo de tumor más frecuente en mujeres en nuestro país, aproximadamente el 30 % de los casos diagnósticados.
Por tanto, se entiende la importancia de la realización de los screening de mama al ser además la mamografía el único procedimiento aceptado internacionalmente como método de cribado. Gracias a la misma el cáncer de mama ha pasado de ser

una enfermedad mortal a una enfermedad en la que, con un diagnóstico precoz, se consigue un buen índice de supervivencia sobre todo en mujeres.
Es importante además, realizar el cribado correctamente y analizar factores como edad, antecedentes familiares o de otro tipo, detección de bultos extraños, escozor, molestias, etc.
Para conseguir clasificar las lesiones mamarias de una forma ordenada y estandarizada, se creó el sistema internacional BI-RADS (Breast imaging reporting and data) y lo analizaremos a continuación.

## 2 Objetivos

Explicar la incidencia del cáncer de mama en la población y la importancia del sistema BI-RADS en mamografía según el técnico en imagen para el diagnóstico.

## 3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo, se ha llevado a cabo una investigación sistemática mediante revisión bibliográfica. Se ha realizado una búsqueda en libros y en bases de datos buscando artículos académicos, bajo los epígrafes: exploración radiográfica, mama, categorización, irradiación, digital.

## 4 Resultados

El sistema BI-RADS desde su 5ª y última edición ha simplificado las calcificaciones de acuerdo a su distribución o de acuerdo a su morfología.
Según su distribución distinguimos:
1. Las difusas (antes llamadas dispersas): calcificaciones distribuidas aleatoriamente dentro de la mama. Habitualmente son benignas.
2. Las regionales (malignidad 26 %): calcificaciones distribuidas en un área extensa, mayor de 2 cm en su dimensión mayor. Debe considerarse su morfología para establecer el grado de sospecha.
3. Las agrupadas: calcificaciones agrupadas dentro de una área pequeña. Requieren de proyecciones magnificadas y deben estar agrupadas en ambas proyecciones para considerarlas como tal.
4. Las lineales (malignidad 60 %): calcificaciones distribuidas en un trayecto lineal, pueden ramificarse dentro de un ducto. Otras calcificaciones pueden presentar esta distribución pero tienen morfología benigna.

5. Las segmentarias (malignidad 62 %): el patrón sugiere depósitos de calcio en ductos y sus ramas.
También pueden clasificarse según su morfología, distinguiendo dos grupos: calcificaciones típicamente benignas y calcificaciones de morfología sospechosa.
- Calcificaciones típicamente benignas: calcificaciones vasculares, cutáneas, "lechada de cal", lineales gruesas, pop corn, distróficas, redondas/puntiformes, en anillo y de suturas.
- Calcificaciones de morfología sospechosa: calcificaciones groseras (heterogéneas), amorfas, finas pleomorfas, lineales finas o ramificadas,
Por último y la más importante, el sistema BI-RADS se divide en siete categorías:
- BI-RADS 0: estudio insuficiente, se requiere evaluación adicional.
- BI-RADS 1: mamografía negativa, sin hallazgos imagenológicos.
- BI-RADS 2: mamografía negativa, hallazgos benignos.
- BI-RADS 3: hallazgos probablemente benignos (Probabilidad de malignidad 2 %)
- BI-RADS 4A: lesiones de baja sospecha de malignidad (Probabilidad de malignidad 2-10 %)
- BI-RADS 4B: lesiones de media sospecha de malignidad (Probabilidad de malignidad 10-50 %)
- BI-RADS 4C: lesiones de alta sospecha de malignidad (Probabilidad de malignidad 50-95 %)
- BI-RADS 5: lesiones de muy alta sospecha de malignidad (Probabilidad de malignidad +95 %)
- BI-RADS 6: cáncer graficado (requiere mamografía ecografía con diagnóstico histológico).

## 5 Discusión-Conclusión

La mortalidad del cáncer de mama ha descendido gracias a una disminución de los tiempos de detección y tratamiento, acortados enormemente gracias a la correcta realización de las mamografías.
El sistema BI-RADS es un sistema internacional que facilita la categorización, diagnóstico y comprensión de los distintos tipos de calcificaciones por los distintos profesionales sanitarios implicados en la detección, tratamiento y cura de estos tipos de cáncer. Desde el Técnico Especialista en Radiodiagnóstico que realiza la mamografía hasta que se realiza una correcta valoración de la misma por diversos profesionales y mediante el uso de distintas técnicas si fuese necesario, esta claro el beneficio de usar un lenguaje estandarizado.

# 6 Bibliografía

1. Cáncer, tipos y características: https://www.geicam.org/sala-de-prensa/el-cancer-de-mama-en-espana.
2. https://www.cancer.org/es/cancer.html.
3. Revisión 5ª edición BI-RADS: https://www.elsevier.es/es-revista-revista-chilena-radiologia-222-articulo-calcificaciones-mamarias-descripcion-clasificacion-segun-S0717201X16300288.
4. Diagnóstico histopatológico: https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=95807&id2=.

## Capítulo 172

# ANALISIS DEL LIQUIDO AMNIÓTICO Y LA AMNIOCENTESIS EN EL LABORATORIO

CELIA FERNÁNDEZ VILLA

## 1 Introducción

La amniocentesis es la técnica mediante la cual se obtiene por punción una muestra de líquido amniótico.
El líquido amniótico es un líquido claro y amarillento que rodea al feto durante el embarazo. Es una fuente importante de células madre, que pueden servir para tratamientos médicos de última generación.
El saco amniótico es una cubierta de dos membranas que se forma entre el octavo y el noveno día de la fecundación. Está formada por los amnios que es la membrana interna que alberga en su interior el feto y el líquido amniótico. Y por el corion que es la membrana exterior, parte de la placenta.
El líquido amniótico cumple numerosas funciones para el feto. Como son la protección mecánica para evitar golpes o movimientos súbitos, la protección térmica que garantiza un entorno estable, a temperatura constante. Un medio óptimo para el crecimiento y el desarrollo. Permite el movimiento libre del feto, lo que facilita el desarrollo músculo-esquelético.
Además, se pueden presentar alteraciones por exceso o defecto de líquido dentro del saco amniótico. Habitual en caso de embarazo múltiple, anomalía congénita o diabetes gestacional de la madre la aparición de excesos o hidramnios. O por otro lado, habitual en caso de ruptura de membranas, disfunción placentaria, síndrome hipertensivo del embarazo o anomalías fetales la aparición de defecto o oligamnios.

## 2 Objetivos

- Conocer por qué es importante el análisis del líquido amniótico y como se analiza en el laboratorio de análisis clínicos.
- Exponer los riesgos y las ventajas que conlleva la realización de la amniocentesis.

## 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 análisis del líquido amniótico permite la detección precoz de trastornos cromosómicos, trastornos estructurales (espina bífida o anencefalia), medida de la maduración pulmonar al final del embarazo, trastornos metabólicos, problemas de embarazo: infecciones o incompatibilidad de Rh.
Para estos análisis solamente se obtiene una muestra. Primero se observa el color, que debería ser transparente; un cambio de color puede significar: Eritroblastosis, si el color es amarillo. Hipoxia fetal, si el color es verdoso (se deberá a la presencia de meconio). Muerte fetal, si el líquido ha adquirido un color marrón o rojizo oscuro.
La muestra seguidamente se centrifuga y con el sobrenadante, que es el líquido amniótico, se hacen pruebas bioquímicas. Con el precipitado, que son básicamente células del feto, se hacen estudios genéticos.
La amniocentesis permite el diagnóstico de ciertas enfermedades y malformaciones, pero es una técnica invasiva que conlleva riesgos. El más grave, la pérdida fetal, se produce en, aproximadamente, el 1 % de los casos.
Hasta hace unos años, el sistema sanitario español utilizaba como criterio básico para recomendar la amniocentesis la edad de la madre, ya que a más edad más riesgo de anomalías cromosómicas en el feto. La edad a partir de la cual se practicaba esta prueba de forma rutinaria estaba entre los 35 y los 38 años (dependía de la comunidad autónoma). En la actualidad este protocolo ya no se aplica, sino que se hace un cribado previo mediante un parámetro denominado riesgo por

edad, que se calcula a partir de diversos marcadores de una prueba bioquímica de sangre materna y una ecografía.
Estas pruebas, denominadas test combinado del primer trimestre, se incluyen en los programas de seguimiento del embarazo y diagnóstico prenatal de todas las autonomías y permiten identificar, con una alta fiabilidad (85-90%), el riesgo de sufrir anomalías cromosómicas.
Actualmente, la amniocentesis sólo se recomienda en casos de riesgo por edad elevada, como resultado de la prueba, o cuando haya antecedentes, bien sean familiares o bien de embarazos anteriores. Antes de someter a la embarazada a esta prueba se la informará de las razones que hacen aconsejable la prueba, de la información que se podrá obtener con ella y de los riesgos que implica. Deberá firmar un consentimiento informado.
La obtención de líquido amniótico es un procedimiento con un cierto riesgo, por lo que deberá realizarlo personal facultativo experimentado. La aspiración del líquido amniótico se lleva a efecto con una jeringa de 20 ml. La cantidad de líquido amniótico extraída varía entre 15 y 30 ml, según la indicación para diagnóstico prenatal, y la muestra se enviará rápidamente al laboratorio.
Un resultado normal significa que no se han observado defectos cromosómicos o genéticos, y que los niveles de bilirrubina y de alfa fetoproteína parecen normales. No obstante, incluso unos resultados normales no garantizan que el bebé no sufra otros tipos de anomalías congénitas.

## 5 Discusión-Conclusión

La amniocentesis es una prueba importante que utiliza líquido amniótico que se extrae del útero de la madre y posteriormente se estudia en el laboratorio para conocer la salud del bebe. Esta prueba a parte de las ventajas que tiene conlleva ciertos riesgos como la pérdida del feto por ello es muy importante unos estudios previos para recomendar o no a la madre llevar a cabo la prueba. Normalmente se la recomiendan a las mujeres de edad avanzada. El resultado de la prueba indica si se observan defectos en los cromosomas o no pero no asegura la existencia de otro tipo de anomalías.

## 6 Bibliografía

1. Amniocentesis - Mayo Clinic [Internet]. Mayoclinic.org. ; 2020.Disponible en: https://www.mayoclinic.org/es-es/tests-procedures/amniocentesis/about/pac-20392914.

2. Ginecología y Obstetricia de México [Internet].Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0300-90412018000400239&lang=pt.
3. Huamán G, Moisés, Isabel, Martin S, Huamán M. Diagnóstico prenatal de anomalías cromosómicas: Chorionic villous sampling and amniocentesis for fetal karyotyping. Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia [Internet]. 2016. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2304-51322016000300009.
4.Planned Parenthood [Internet]. Plannedparenthood.org. 2019. Disponible en: https://www.plannedparenthood.org/es/temas-de-salud/embarazo/atencion-prenatal/que-es-la-amniocentesis.
5.Default - Stanford Children's Health [Internet]. Stanfordchildrens.org. 2019. Disponible en: https://www.stanfordchildrens.org/es/topic/default?id=amniocentesis-92-P09276.
6. Líquido amniótico: MedlinePlus enciclopedia médica [Internet]. Medlineplus.gov. 2021. Disponible en: https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/002220.htm.
7. Suavinex Central. ¿Qué es el líquido amniótico y cuál es su función? - Living Suavinex [Internet]. Living Suavinex. 2021. Disponible en: https://www.suavinex.com/livingsuavinex/que-es-el-liquido-amniotico-y-cual-es-su-funcion/.

## Capítulo 173

# SULFATO DE BARIO EN RADIODIAGNÓSTICO

ROSA MARÍA MARTÍNEZ VALERO

FRANCISCO JOSÉ LARROSA ALCARAZ

ANTONIO FERNÁNDEZ SÁNCHEZ

LUCÍA FERRE ALCARAZ

SONIA LAGUNA PEREZ

## 1 Introducción

Como técnico superior en imagen para el diagnóstico y medicina nuclear, en nuestra área de trabajo hospitalario, realizamos infinidad de pruebas diagnósticas, hay muchas pruebas que podemos hacer de forma simple, como una radiografía simple, una tomografía axial computarizada (tac), pero a veces con estas pruebas no es suficiente, y hay que añadir un contraste al organismo del paciente, para poder ver órganos específicos y si existe patologías, que sin el contraste no podemos ver a simple vista.

El sulfato de bario, es un contraste muy usado en radiodiagnóstico.
Este contraste en concreto es usado para el estudio radiográfico, del tracto gastrointestinal inferior.
Este contraste lo administra el enfermero del área de rayos x, si es de forma intravenosa.

El sulfato de bario es el material de contraste más común que se toma por boca o vía oral.
Se usa también por vía rectal (mediante un enema, este enema es administrado por el técnico en cuidados auxiliares de enfermería) y está disponible en varias formas, que incluyen: polvo, que se mezcla con agua antes de administrarlo.

No es tóxico en las cantidades recomendadas, según la edad del paciente, el peso, entre otros factores, y se elimina fácilmente del organismo en pocas horas, expulsado por la orina o las heces.

## 2 Objetivos

Objetivo principal:
- Conocer el sulfato de bario.

Objetivos secundarios:
- Observar los posibles efectos secundarios de este contraste.
- Saber para que se emplea el sulfato de bario en radiodiagnóstico.

## 3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo de libro 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.

## 4 Resultados

Sulfato de Bario o simplemente bario, conocido también como barita o baritina, es un mineral que se indica en medicina para los pacientes que serán sometidos a diagnóstico por rayos X en problemas gastrointestinales que de otro modo no se verían.

Es un medio de ayuda diagnóstica solamente, no es el tratamiento per se, entre los padecimientos que ayuda a diagnosticar están:
- Exploraciones del tracto gastrointestinal superior (esófago, estómago o intestino delgado).

- Exploraciones del sistema gastrointestinal bajo o proximal administrado a través de una sonda, en sospecha de una obstrucción o fístula (rotura que provoca una conexión anormal entre dos partes del cuerpo).

¿Cómo funciona?
Cuando debemos someternos a rayos X y se debe detectar una anomalía, es común que los órganos blandos como los del sistema digestivo no aparezcan o no se vean con la claridad suficiente para realizar un diagnóstico adecuado, pues aparecen opacos.
El sulfato de bario ayuda como medio de contraste para la adecuada observación y diagnóstico a través de rayos X en órganos que aparecerían opacos en estudios radiográficos.

¿En qué presentaciones farmacéuticas viene?
Aunque existen versiones en polvo y tableta, en México no se comercializa de manera minorista, únicamente es de uso clínico, el hospital o laboratorio en el cual te harás los estudios te proporcionará la cantidad suficiente para realizar la radiografía.

¿Qué precauciones de uso y contraindicaciones tiene?
- El sulfato de bario debe ser de uso médico, no se debe comprar en lugares no autorizados ni en lugares de internet que lo vendan para fines no médicos.
- Se debe administrar con cuidado en niños y ancianos debilitados valorando riesgo-beneficio.

No debe administrarse:
- En caso de hipersensibilidad al bario.
- En caso de obstrucción intestinal completa conocida o sospechada.
- En fístulas del tracto intestinal hacia el mediastino.
- Isquemia de la pared intestinal.
- Inmediatamente después de una cirugía del tracto gastrointestinal.
- En riesgo de que el paciente pueda broncoaspirar.
- En caso de quemaduras químicas del tracto gastrointestinal.
- En enterocolitis necrotizante.
- Después de los 7 días posteriores después de una escisión endoscópica o durante cuatro semanas después de otra radiografía.

¿Qué efectos secundarios puede ocasionar?
Los efectos secundarios son raros, pues se utiliza solamente en dosis para la realización de radiografía, sin embargo pueden aparecer síntomas gastrointestinales principalmente:

Diarrea, vómito, náuseas, estreñimiento, debilidad, palidez, espasmos (retortijones) y transpiración.
Pero estos síntomas desaparecen a los pocos días, si no fuese el caso debe acudir de inmediato a urgencias, y comentarle el caso.

¿Se puede utilizar durante el embarazo y/o lactancia?
En términos generales no, más por los rayos X que el bario en sí mismo, las radiografías solo se indicarán en el embarazo en caso estrictamente necesario y cuando los beneficios potenciales superen al riesgo.
En el caso de la lactación no hay problema, debido a que la absorción es mínima.

## 5 Discusión-Conclusión

Como técnicos superiores en imagen para el diagnóstico y medicina nuclear, sabemos que a veces con una simple radiografía, no podemos ver patologías que afectan a los órganos internos, que son los órganos más difíciles de ver en radiología, por eso hay que darle al cuerpo una pequeña ayuda, para que podamos ver mas alla, como es el caso de los contrastes, en este trabajo hemos hablado de uno de los más comunes, del sulfato de bario.
Me parece un tema muy interesante la verdad, porque gracias a este contraste podemos ver cosas que sin el seria posible.
La ciencia se mueve muy rápido, y evoluciona, por eso hoy en día podemos tener una ayuda extra en nuestro trabajo, para así poder diagnosticar más fácil y rápido las patologías del paciente, para poder así conseguir que tenga una mejor calidad de vida, y solucionar sus problemas con rapidez.

## 6 Bibliografía

1. https://medlineplus.gov/spanish/druginfo/meds/a606010-es.html.
2. https://www.radiologyinfo.org/es/info/safety-contrast.
3. https://prixz.com/salud/sulfato-de-bario-que-es-y-para-que-sirve/.

## Capítulo 174

# LA ORTOPANTOMOGRAFIA

FRANCISCO JOSÉ LARROSA ALCARAZ

ROSA MARÍA MARTÍNEZ VALERO

ANTONIO FERNÁNDEZ SÁNCHEZ

SONIA LAGUNA PEREZ

LUCÍA FERRE ALCARAZ

## 1 Introducción

La radiografía panorámica dental, también conocida como ortopantomografía es una técnica de estudio radiológico por la que se obtiene una imagen visual de la cavidad oral. En una sola película se puede observar toda la cavidad oral de la boca, visualizando maxilares, mandíbula y dientes.

Mediante esta técnica en una imagen panorámica se consigue en un resultado tridimensional visualizar todas las estructuras faciales en una sola imagen. Para su realización se utiliza una maquina de rayos x aunque la radiología actual cuenta con la digitalización, lo que nos permite la ventaja de tener una imagen al instante agilizando el proceso.

La radiografía digital ortopantomografíca permite la revisión y visualización de la radiografías de manera instantánea evitando demoras en el revelado de la película. Además es mucho mas eficiente en la obtención de imágenes de alta calidad en la primera vez, lo que evita el tener que volver a repetir pruebas.

Mediante la ortopamtomografia el odontologo puede obtener una correcta visualización de la existencia de cualquier problema de la cavidad oral, siendo esencial para evaluar y realizar los procedimientos y tratamientos necesarios de periodoncia, ortodoncia, cirugía oral y procedimientos de implantología. El aparato para la realización de este tipo de técnica radiográfica es el ortopantomografo.

## 2 Objetivos

Describir qué es la ortopantomografía y su uso
Exponer la manera de realizarla correctamente

## 3 Metodología

Para la elaboración del presente capitulo 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 ortopantomografía es realizada por el técnico de radiodiagnóstico. Al igual que como en todas las pruebas radiográficas se comunicara al paciente que quite gafas, joyas, o cualquier objeto metálico que pueda afectar a la adquisición de imágenes durante la exploración. Para la prueba se coloca al paciente sentado o de pie frente al ortopantomografo.

Este a de apoyar el mentón sobre el soporte frente al aparato y morder una pequeña boquilla estéril, pieza normalmente de plástico, cuya finalidad es mantener separadas las dos arcadas de la boca con el objetivo de registrar la posición y determinar el tipo de mordida.

Al mismo tiempo cumple con la función de que cara y mandíbula permanezcan inmóvil durante el tiempo que dure la prueba. Una vez correctamente colocado el paciente el aparato comienza a girar entorno a la cabeza del paciente realizando una imagen panorámica completa de toda la estructura oral.

En un breve espacio de tiempo el resultado aparece en la pantalla, para que

el odontologo pueda determinar las posibles patologías bucodentales presentes. Normalmente el ortopantomografo cuentan con controles de posición como guías plásticas y luces, para posicionar al paciente correctamente con respecto a los tres ejes principales: Vertical, anterior-posterior y alineación mediosagital.

Para poder determinar que parámetros han salido erróneos en la realización de la ortopantomografía, se han de conocer los parámetros estándar de normalidad para poder evaluar el tipo de error se ha podido cometer.

La realización de estudios ortopantomografícos, anticipan la aparición de enfermedades orales graves. Por ello se recomienda realizarse una prueba de radiografía panorámica una vez al año. Esta prueba esta especialmente recomendada en niños ya que durante la infancia se posibilita una precoz detección de cualquier anomalía en la dentición de leche y otras estructuras. Tras la prueba el paciente puede continuar con su vida normal.

## 5 Discusión-Conclusión

La ortopantomografía cuanta con infinidad de ventajas frente apenas ningún inconveniente. Es rápida y sencilla y se puede realizar en cualquier clínica dental u hospital, lo que la convierte en una técnica de muy fácil acceso. Es cómoda para el paciente y no causa dolor ni molestia. Muestra la visión general de todas las estructuras de la boca.

Presenta una gran ventaja frente a los métodos antiguos , al no ser necesario tener que tomar varias tomas al quedar, registrado todo en una sola imagen, facilitando al odontologo un diagnostico con mayor garantía y rapidez.

El único inconveniente ha resaltar es que utiliza radiaciones ionizantes, pero en una proporción bastante menor a la de una radiografía convencional, que hace que la dosis utilizada sea mínima con un margen bastante seguro para esta prueba.

## 6 Bibliografía

-Todo lo que debes saber sobre la ortopantomografía 18 AGOSTO 2021 dvd-dental.com/blogodontomecum/todo-lo-que-debes-saber-sobre-la-ortopantomografía/

-Galleti Cosimo ¿Que es una ortopantomografía y para que sirve? 24 Abr 2017 nartclinicadental.com/que-es-una-ortopantontomografia -y-para-que-sirve/
-Ortopantomografía abadendentistas.com/radiologia/ortopantomografia/

Que es una ortopantomografia y para que sirv

## Capítulo 175

# SARCOMA DE CELULAS FUSIFORMES: LEIOMIOSARCOMA

SARA SÁNCHEZ DEL VALLE

## 1 Introducción

El Leiomiosarcoma es uno de los sarcomas del adulto más frecuentes. Puede presentarse bajo cuatro formas diferentes: visceral (principalmente uterino, digestivo, óseo), en relación con grandes venas (de extremidades o intraabdominales), cutáneo-subcutáneo y en tejidos blandos profundos (incluido retroperitoneo). Comienza como la proliferación de células anómalas, y a menudo avanza rápidamente hasta invadir y destruir el tejido corporal normal.

Los procedimientos utilizados para el diagnóstico, pueden incluir: examen físico por parte del médico, resonancia magnética, tomografía computarizada y tomografía por emisión de positrones, además de la realización de una biopsia del tejido sospechoso para analizarla. Las formas que más comúnmente son objeto de aspiraciones son las profundas (retroperitoneales) y la cutánea-subcutánea.

Los signos y síntomas del leiomiosarcoma varían según el lugar donde comience el cáncer. Pueden comprender desde dolor, pérdida de peso, o presencia de un nódulo que va en aumento y se puede llegar a sentir a través de la piel.

La eficacia de los tratamientos utilizados, siempre va a depender de la ubicación y del tamaño del tumor, y de si se ha diseminado a otras zonas del cuerpo.

Se presentan en adultos de edad media-avanzada, como masas de crecimiento lento o mediante síntomas compresivos de órganos adyacentes. Las lesiones retroperitoneales tienen preferencia por el sexo femenino.

## 2 Objetivos

-Conocer que es el Leiomiosarcoma, zonas en las que aparece con una mayor frecuencia, signos y síntomas y su diagnóstico a través de la biopsia/punción-aspiración.
-Características citológicas/histológicas.

## 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 aspirados de los Leiomiosarcomas bien diferenciados desde el punto de vista citológico, están compuestos principalmente por fragmentos tisulares y escasas células aisladas. En los fragmentos las células fusiformes se disponen paralelamente, con una marcada cohesión celular y límites citoplasmáticos mal definidos, no obstante, en la periferia de los fragmentos las células tienden a desprenderse y a mostrar mejor sus características. Los citoplasmas son elongados y afilados, acidófilos y fibrilares y contienen un núcleo central alargado, con extremos romos, a modo de cigarro puro. La cromatina nuclear es granular y el nucléolo es poco evidente. En lesiones de alto grado se conserva bastante bien la cohesión celular, pero el número de células que se desprenden es mucho mayor y el grado de pleomorfismo y de atipia nuclear es más acusado. Se pueden encontrar células gigantes multinucleadas bizarras, figuras de mitosis y detritus celular.
Desde el punto de vista histológico son neoplasias circunscritas, no encapsuladas, compuestas por fascículos y haces de células fusiformes con tendencia a la intersección en ángulos rectos. Las células son elongadas, con citoplasmas fibrilares y eosinófilos, con núcleo central, elongado y con extremos romos (núcleos en puro). Con frecuencia aparecen vacuolas paranucleares. El pleomorfismo nuclear puede ser muy variable, desde mínimo a marcado con multinucleación y bizarrismo. El estroma interpuesto es escaso pero en ocasiones puede ser predominantemente colágeno o mixoide. En lesiones de alto grado se observan con frecuencia focos de

necrosis y hemorragia. La manera de distinguir el Leiomiosarcoma bien diferenciado del profundo, se basa en la presencia de atipia nuclear, de focos de necrosis y de figuras de mitosis. Se pueden llevar a cabo técnicas de inmunohistoquímica en las cuales las células tumorales expresan actina de músculo liso, desmina y caldesmón.

## 5 Discusión-Conclusión

Las formas bien diferenciadas se pueden confundir con el Leiomiosarcoma profundo, Schwannoma y tumor desmoide. Las mayores dificultades se presentan con el Leiomiosarcoma profundo, donde resulta difícil determinar si existe atipia nuclear leve o no. En estas situaciones lo aconsejable es emitir el diagnóstico de tumor de músculo liso sin precisar su carácter biológico. En el resto de las lesiones, las características citológicas, conjuntamente con los hallazgos inmunohistoquímicos, permiten el diagnóstico de la lesión.
Son tumores agresivos de mal pronóstico y poco frecuentes, que corresponden entre el 5-10% del total de los sarcomas.
La supervivencia general en pacientes diagnosticados con Leiomiosarcoma de tejido blando, se encuentra en el intervalo del 50% a 3 años, al 64% a 5 años, haciendo de estos tumores uno de los sarcomas de tejido blando más agresivos.

## 6 Bibliografía

1.www.sarcomahelp.org/traslate/es-leiomiosarcoma.html
2.www.cancer.gov/espanol/publicaciones/diccionarios/diccionario-cancer/def/leiomiosarcoma
3.www.actasdermo.org/es-leiomiosarcoma-cutaneo-caracteristicas-clinicas-histopatologicas-articulo-S0001731017304738

## Capítulo 176

# EL TÉCNICO DE RADIODIAGNÓSTICO SOBRE LA TOMOGRAFÍA COMPUTARIZADA Y LOS TIPOS DE CONSTRASTE. REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA

MARÍA NIEVES GONZÁLEZ MARTÍNEZ

## 1 Introducción

La tomografía computarizada (en adelante TC) del cuerpo usa una sofisticada tecnología de rayos X que permite ayudar a detectar una gran variedad de condiciones y enfermedades. La exploración por Tomografía Computarizada es indolora, rápida, precisa, indolora y no es invasiva. En algunos casos de emergencia, puede identificar incluso hemorragias y lesiones internas a una gran velocidad que puede hasta salvar las vidas de los y las pacientes. El profesional de técnico de radiodiagnóstico debe de saber como funciona y los tipos de contraste que existen (sobre todo el contraste el tomográfico y el radiológico). Si la paciente está embarazada o cree que está embarazada debe comentarse al profesional médico y también de cualquier enfermedad que haya tenido recientemente, medicamentos que esté tomando, alergias que tenga y las condiciones médicas. Todo lo anterior si lo comenta el paciente puede el médico saberlo y así por ejemplo si tiene alergia al material del contraste utilizado su médico puede prescribirle medicamentos que permitan reducir el riesgo de una mala reacción alérgica. A la hora de tomarse el contraste y antes de hacerse una tomografía computarizada no debe

comer ni beber nada. EL contraste radiológico y tomográfico tiene diferencias que hay que tener muy en cuenta para que el profesional no se equivoque en su actuación el o la paciente del centro sanitario o hospital.

## 2 Objetivos

El propósito de este trabajo es el de realizar una revisión de la literatura que analice cómo influye EL TÉCNICO DE RADIODIAGNÓSTICO SOBRE LA TOMOGRAFÍA COMPUTARIZADA Y LOS TIPOS DE CONSTRASTE.
Los objetivos específicos los hemos dividido en tres:
 Establecer las competencias de conocimientos, habilidades y actitudes necesarias en EL TÉCNICO DE RADIODIAGNÓSTICO SOBRE LA TOMOGRAFÍA COMPUTARIZADA Y LOS TIPOS DE CONSTRASTE.
 Conocer la importancia de una realización eficaz del manejo de la tomografía computarizada y los tipos de contraste.
 Mejorar el abordaje multidisciplinar en cuanto a la tomografía computarizada y los tipos de contraste.

## 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 tomografía computarizada, más conocida como exploración por TAC o TC, es un examen médico de diagnóstico por realización de imágenes. Produce multitud de fotografía o imágenes del interior del cuerpo humano al igual que los rayos X tradicionales que conocemos.
Las imágenes transversales que se generan durante una exploración tomográfica computarizada pueden reformatearse en multitud de planos. Además pueden generarse hasta imágenes tridimensionales. Estas imágenes se pueden ver en un monitor de una computadora, que son imprimidas en una impresora 3D o bien en imágenes del interior del cuerpo humano.

Mediante el uso de un equipo especializado y el conocimiento para poder interpretar y realizar las exploraciones por tomografía computarizada del cuerpo, los técnicos especialistas de radiodiagnóstico pueden diagnosticar propiamente dichas afecciones con mucha más facilidad, por ejemplo, enfermedades cardiovasculares, cáncer, enfermedades infecciosas y traumatismos.

En cuanto a los tipos de medios de contraste que existen tenemos 2 tipos: los contrastes positivos (son radioopácos, absorben más cantidad de radiación), contrastes negativos (son radiotransparentes, absorben menos cantidad de radiación).
La tomografía computarizada se utiliza para examinar pacientes que tienen heridas debidas a traumas como por ejemplo en un accidente de coche. Además se utiliza en pacientes con síntomas muy agudos tales como dolor abdominal o de pecho, o dificultad para respirar bien. La tomografía computarizada es el mejor método para la detección de cánceres en el abdomen, en el tórax, en la pelvis, el en pulmón, riñón, hígado, páncreas y ovarios. La tomografía computarizada se utiliza comúnmente para explorar la existencia del émbolo pulmonar (un coágulo de sangre alojado en los vasos pulmonares) así como para las aneurismas aórticas del corazón.
En los pacientes pediátricos (en los niños), la exploración por tomografía computarizada se utiliza con frecuencia para evaluar: neuroblastoma, linfoma, tumores del riñón, fibrosis cística, complicaciones de la apendicitis aguda y malformaciones congénitas de los riñones, de los vasos sanguíneos y del corazón.

## 5 Discusión-Conclusión

Para concluir este capítulo de libro podemos decir que el diagnóstico por imágenes por tomografía computarizada es, sin duda, una de las herramientas más precisas y rápidas para examinar el abdomen, el tórax, y la pelvis, ya que provee imágenes transversales muy detalladas de todo tipo de tejido humano existente. Es considerado por todos los profesionales sanitarios el mejor método debido a que la imagen permite al médico confirmar la presencia de un tumor, medir el tamaño de ese tumor, identificar cuál es su ubicación exacta y determinar el alcance que tiene este tumor sobre otros tejidos que estén cercanos. El TAC como bien se ha visto, es un examen importantísimo para detectar, diagnosticar y tratar enfermedades vasculares que pueden llevar a provocar derrames cerebrales, insuficiencias renales e incluso la muerte

# 6 Bibliografía

Noval Fernández, S. (2020, 25 junio). Tipos de contraste radiológico y tomográfico. TER. Ocronos, III(2). https://revistamedica.com/tipos-contraste-radiologicotomografico-ter/

Carrasco Muñoz, S., Calles Blanco, C., Marcin, J., Fernández Álvarez, C., & Lafuente Martínez, J. (2014, julio). Contrastes basados en gadolinio utilizados en resonancia magnética. ScienceDirect, 56(1). https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0033833814000988

Buzzia, A. E., & Suárez, M. V. (2013, septiembre). Tomografía lineal: nacimiento, gloria y ocaso de un método. Elsevier, 77(3). https://www.elsevier.es/es-revistarevista-argentina-radiologia-383-articulo-tomografia-lineal-nacimiento-gloriaocaso-X0048761913242514

Mayoclinic. (2020, 28 febrero). Tomografía computarizada. www.mayoclinic.org.

Capítulo 177

# PAPEL DEL TÉCNICO EN RADIODIAGNÓSTICO PARA TRATAR LA MIOCARDIOPATÍA DILATADA EN PACIENTES ONCOLÓGICOS POR RADIACIÓN. REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA

LAURA GARCIA GONZALEZ

MARÍA NIEVES GONZÁLEZ MARTÍNEZ

## 1 Introducción

La miocardiopatía es una afección en la cual el músculo cardíaco se vuelve débil, estirado o tiene otro problema estructural.
La miocardiopatía dilatada es una enfermedad que se caracteriza por la presencia de crecimiento cardíaco y deterioro de la función sistólica de uno o ambos ventrículos. Por lo tanto, el músculo cardíaco se vuelve débil y alargado. Como resultado, el corazón no puede bombear suficiente sangre al resto del cuerpo.
Hay varias formas de miocardiopatía. La miocardiopatía dilatada es la más común, pero puede ser el resultado de diferentes afecciones subyacentes. Algunos proveedores de atención médica usan el término para indicar una afección específica denominada miocardiopatía dilatada idiopática.
Las causas más comunes de miocardiopatía dilatada son:

- Enfermedad del corazón causada por un estrechamiento o bloqueo de las arterias coronarias
- Presión arterial alta mal controlada

Hay muchas otras causas de miocardiopatía dilatada, incluso:

- Abuso de alcohol o cocaína u otras drogas.
- Diabetes, enfermedad de la tiroides o hepatitis
- Medicamentos que pueden ser tóxicos para el corazón, como los fármacos empleados para tratar el cáncer.
- Ritmos cardíacos anormales, en los cuales el corazón palpita muy rápido durante un período largo de tiempo.
- Enfermedades autoinmunitarias
- Afecciones hereditarias.
- Infecciones que involucran al miocardio.
- Válvulas cardíacas que están demasiado estrechas o demasiado permeables.
- Durante el último mes de embarazo, o dentro de los 5 meses después que nació el bebé.
- Exposición a metales pesados como el plomo, el arsénico o el mercurio.

Esta enfermedad puede afectar a cualquier persona, a cualquier edad. Sin embargo, es más común en hombres adultos.

## 2 Objetivos

- Exponer las actuaciones de atención hospitalaria a una paciente con problemas asociados a la exposición de radicación por ocupar un puesto de trabajo de técnico radiológico.
- Describir los estudios radiológicos necesarios para el diagnóstico de este caso clínico.

## 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 servicio de radiodiagnóstico, el técnico en imagen para el diagnóstico será el encargado no solo del manejo adecuado de los equipos de radiología, sino también de informar al paciente, registra dicha imagen, su procesamiento y del control de calidad de tal forma que se garantice la máxima fiabilidad, idoneidad y calidad de las mismas.

Así, el técnico en radiodiagnóstico, le realizará las radiografías solicitadas por el especialista. En este caso, radiografía de Tórax. El técnico coloca a la paciente en posición de bipedestación y proyección anteroposterior, inclinándole craneocaudalmente unos 45º respecto al foco de RX. De esta manera se consigue elevar las clavículas, despejando la visualización de los vértices.

En los resultados de la radiografía de Tórax se observa miocardiopatía dilatada, se aprecia dilatación de cavidades, cardiomegalia y congestión vascular por insuficiencia cardiaca cardiomegalia con dilatación de las cuatro cámaras, así como signos de congestión venosa pulmonar. Redistribución superior de la vasculatura pulmonar, aumento del tamaño de los hilios y una disminución generalizada de la vascularización (signo de insuficiencia derecha). Signos de edema pulmonar intersticial.

Además, se realiza a la paciente una ecografía en la cual se observa dilatación de cavidades ventriculares, y fracción de eyección disminuidas, insuficiencia mitral y tricúspide ligera a moderada, contractilidad disminuida, no trombos y con miocardiopatía dilatada, dilatación de cavidades y fracción de eyección disminuida.

En el caso concreto de esta paciente se le realizan las siguientes pruebas para detectar los siguientes aspectos:

- La analítica de sangre dirigida a detectar la presencia de anemia, anomalías electrolíticas y alteraciones en la función renal y hepática, así como a descartar posibles causas de miocardiopatía dilatada secundaria. La anemia es frecuente en la MCD, que cursa con insuficiencia cardiaca avanzada (hasta un 25 % de los pacientes) y constituye un factor agravante de ésta. La hipopotasemia puede ser consecuencia del tratamiento diurético y debe vigilarse por su potencial arritmogénico y antialdosterónicos puede aparecer hiperpotasemia inducida.
- El electrocardiograma (ECG) no presenta patrones específico en la miocardiopatía dilatada, aunque no suele ser normal. En los casos sintomáticos la taquicardia sinusal es frecuente, y se acompaña de una reducida variabilidad del intervalo RR como reflejo de la activación del sistema simpático. La aparición de fibrilación auricular comporta un peor pronóstico, como lo hace el bloqueo de rama izquierda, presente en hasta un 30 % de los casos. La detección de otras

anomalías, como crecimiento de ventrículo izquierdo u ondas nos puede orientar hacia formas secundarias de hipocontractilidad y dilatación ventricular.
- La monitorización electrocardiográfica con Holter nos ayuda a detectar la presencia de arritmias ventriculares o trastornos paroxísticos de la conducción ventricular.
- La radiografía de tórax presenta cardiomegalia global, afectando sobre todo a cavidades izquierdas, y signos de congestión venosa pulmonar.
- El ecocardiograma permite detectar la hipocontractilidad ventricular y cuantificar su grado.
- El análisis del flujo transmitral mediante Doppler detecta que existe alteración de la función diastólica ventricular. Es frecuente la presencia de regurgitación mitral, generalmente secundaria a la dilatación, y cambio de morfología del ventrículo izquierdo. En algunos casos aislados puede plantearse el problema de si la regurgitación mitral es secundaria o, por el contrario, la causa primaria de afectación ventricular. Si existe regurgitación tricúspide secundaria a dilatación del ventrículo derecho se puede calcular la presión pulmonar y detectar el grado de elevación de ésta; la hipertensión pulmonar es también un signo de mal pronóstico.
- La ergometría o prueba de esfuerzo raramente es necesaria para constatar la mala capacidad funcional, aunque la determinación del consumo máximo de O2 se emplea para determinar el pronóstico y seleccionar a los pacientes candidatos a trasplante cardiaco.
- La resonancia magnética detecta con precisión la cuantía de la depresión de la contractilidad y el grado de dilatación de las cavidades cardiacas. El realce tardío con gadolinio en zonas del epicardio refleja la existencia de fibrosis.
- La gammagrafía de perfusión con técnicas isotópicas detecta en numerosos casos defectos de perfusión, que no necesariamente reflejan la existencia de isquemia; en los casos avanzados existe una reducción de la captación miocárdica de metaiodobenzilguanidina, que refleja anomalías de la inervación simpática y que se ha relacionado con el riesgo de muerte súbita.
- Normalmente no suele ser necesario el cateterismo cardiaco, excepto para confirmar que la MCD no es secundaria a obstrucciones coronarias.
- El análisis del árbol coronario puede hacerse con tomografía computarizada multicorte, técnica con un elevado valor predictivo negativo. Los candidatos a trasplante cardiaco requieren un cateterismo derecho para evaluar la existencia, naturaleza y grado de hipertensión pulmonar.
- La biopsia endomiocárdica no se realiza de forma rutinaria en los enfermos con MCD. Los hallazgos histológicos son inespecíficos (fibrosis miocárdica,

hipertrofia miocitaria y aumento de tamaño nuclear), aunque técnicas de hibridación in situ permiten detectar la presencia de genoma vírico en casos secundarios a una miocarditis viral, incluso cuando ya no se detectan datos de infiltración linfocítica.

## 5 Discusión-Conclusión

Las manifestaciones clínicas fundamentales de miocarditis posradiación, provoca disfunciones con trastornos del ritmo y la conducción eléctrica, lo cual se asocia a patologías y trastornos de del corazón. En estos casos, es necesario un control permanente del paciente y dosis adecuadas de las radiaciones, evitando el daño de miocárdico que en este caso es la causa más severa en el paciente el cual lo imposibilita y hace su calidad de vida más pobre.
En muchas de las pruebas que se realizan a pacientes que llegan al servicio de urgencias de un hospital, el papel del técnico en imagen para el diagnóstico cobra importancia ya que es el encargado de tomar imágenes radiológicas de los órganos, tejidos, huesos , músculos, venas, arterías, etc. del cuerpo del cual es necesario tomar para facilitar a los médicos el diagnóstico de la lesión o enfermedad.
La especialidad de radiología y la del técnico en radiodiagnóstico junto con los avances tecnológicos en radiología es uno de los mayores avances en medicina.
La evolución de las nuevas tecnologías relacionadas con los métodos y procedimientos en la toma de imágenes cada vez menos invasivas ha supuesto una mejora en los diagnósticos de muchas patologías siendo estos más acertados y rápidos

## 6 Bibliografía

https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/.
https://medlineplus.gov/spanish/.
https://www.scielo.org/es/.

## Capítulo 178

# MOBBING Ó ACOSO LABORAL EN EL ENTORNO SANITARIO, DIRIGIDO A PERSONAL NO SANITARIO DE INSTITUCIONES SANITARIAS

BELÉN GARCÍA PARRONDO

## 1 Introducción

Cada día se produce un caso de acoso laboral en la sanidad española.
No es algo anecdótico y además el número de casos va en aumento cada día.
Estas incidencias se dan más frecuentemente por parte de los superiores que entre compañeros, lo que evidencia que el acoso laboral es más común de manera vertical que horizontal en el sector sanitario.
Este tipo de comportamientos es más frecuente en empresas muy burocratizadas y jerarquizadas como la Administración.
El moobing parece ser una de las principales causas del llamado estrés laboral. Se cree que provoca entre 50-60 % del absentismo con un coste anual muy importante.
Algunos ejemplos de mobbing laboral de los más frecuentes que suelen producirse serían:
- Ejercer presión sobre el trabajador de manera sistemática, sobrecargándolo de trabajo o exigiéndole unos plazos de entrega que no puede cumplir.
- Dirigirse al trabajador en tono despectivo de forma continua y mediante amenazas, gritos, insultos, etc.
- Dejar al trabajador sin tareas ó asignárselas de escaso valor, como excusa para luego alegar bajo rendimiento.

- Criticar su trabajo de forma sistemática con el objetivo de minar su autoestima y seguridad.
- Magnificar errores insignificantes.
- Modificar sin previo aviso sus tareas para llevarle a cometer algún error.
- Aislarlo del resto de sus compañeros.
- Difundir calumnias para menoscabar su reputación profesional ó personal.
- Despreciar cualquier opinión ó impedirle expresar sus valoraciones personales.
- Hacer continuas bromas de mal gusto y comportarse de manera irrespetuosa con el trabajador.
- Atacar su vida privada ó su manera de pensar.

## 2 Objetivos

- Dar a conocer en qué consiste el acoso laboral y conductas habituales que constituyen acoso laboral.
- Describir los distintos tipos de acoso que existen.

## 3 Metodología

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

## 4 Resultados

El acoso laboral es conocido también como mobbing. Es aquella situación, que por su reiteración en el tiempo, por su carácter degradante de las condiciones de trabajo y por la hostilidad que genera en el ambiente de trabajo, tiene como resultado atentar ó poner en peligro la integridad del trabajador.

Las conductas más habituales de acosos laboral serían: ocultación de la información para desempeñar el trabajo, aislamiento laboral, disminución de las tareas asignadas, sobrecarga de trabajo, asignar funciones de inferior categoría, culpabilizar al trabajador, faltas de respeto, difamación profesional ó personal.

Debido a ello se produce un deterioro de la autoestima, falta de concentración, ansiedad, setimientos de culpa, etc.; y hay graves consecuencias sobre la salud psicológica y física del trabajador.

Por otro lado existen situaciones que pueden dar lugar a ambientes tóxicos en el trabajo: ofensas, conflictos y discrepancias, pero que no necesariamente constituyen acoso laboral tal como se define legalmente.

Es importante distinguir aquí entre conflicto y acoso.
En un conflicto las personas no están de acuerdo en ciertos puntos de vista, la discusión puede llegar a ser muy tensa e incurrir incluso en injurias ó insultos, pero no sería acoso laboral.

En el acoso no existe discusión, no se quiere resolver ningún problema. Al contrario, lo que se pretende es detener la comunicación e ignorar el punto de vista de la otra persona. Detrás del acosos hay una intencionalidad clara de hacer daño a la persona acosada.

Existen diferentes tipos de acoso laboral o mobbing:
1. Acoso vertical ascendente: se da en los casos en los que quien sufre el acoso es una persona que tiene un rango superior jerárquico sobre el que acosa.
2. Acoso vertical descendente: cuando el agresor es superior jerárquico ó jefe del trabajador afectado.
3. Acoso horizontal: se produce entre dos trabajadores que se encuentran en el mismo nivel jerárquico.
Los acosadores pueden ser compañeros de trabajo, superiores ó subordinados y este comportamiento puede afectar a trabajadores de todo tipo.
La persona acosada lo es sistemáticamente durante un periodo de tiempo prolongado. La víctima llega a quedar agotada y paralizada. Y llegará a tener problemas de ansiedad, depresión, estrés, desmotivación laboral, etc.

## 5 Discusión-Conclusión

El acoso laboral o mobbing es una situación complicada, que no solo desgasta psicológicamente a la víctima, también disminuye la producción, favorece el absentismo y destruye el buen ambiente de trabajo.
Por lo general, después de un choque se inicia el proceso de acoso laboral en el que se intenta eliminar al otro mediante mecanismos psicológicos sutiles. Se empieza rechazando la comunicación directa por parte del acosador, que acabará

aislando a su víctima.
Es necesario intentar frenar el mobbing de la mejor manera posible, ya puede acarrear problemas de todo tipo en la persona que lo sufre. Si fuese necesario hay que poner fin denunciándolo.

## 6 Bibliografía

1. Piñuel, I (2003). Mobbing, ¿Cómo sobrevivir al acoso psicológico en el trabajo?. Edit. punto de lectura. Madrid.
2. Julián Domínguez, jefe del Servicio de Medicina Preventiva del Hospital Universitario. VI Congreso Internacional y XVII Nacional de la Sociedad española de Medicina Preventiva y Salud Pública.
3. Entrevista a la Dra. Dolores Crespo.

## Capítulo 179

# CÓDIGO DEONTOLÓGICO DE TRABAJO SOCIAL EN SANIDAD: RELACIÓN CON OTROS PROFESIONALES SANITARIOS

MARIA LUISA RIESCO FERNANDEZ

## 1 Introducción

El código deontológico de trabajo social actual, que entra en vigor el 29 de junio de 2012, recoge el conjunto de valores, principios y normas que han de guiar el ejercicio profesional de los trabajadores sociales en todos los ámbitos profesionales de actuación.

En muchas ocasiones, como ocurre en el ámbito sanitario, existe una intervención simultánea y una colaboración y coordinación con otros profesionales, por lo que el Trabajador Social debe, en primer lugar, si la intervención con un usuario/paciente requiere de la ayuda específica de otros, recabar el consentimiento de los pacientes para su presencia e intervención. Las relaciones interprofesionales deben realizarse con el debido respeto, colaboración y profesionalidad, de acuerdo a criterios éticos, de igualdad y no discriminación. Estarán sujetos a secreto profesional, tanto de sus intervenciones, como de las que tengan cualquier conocimiento transmitido por parte de otros colegas del centro sanitario. Para ello, registrará la información de manera correcta para poder derivarla, evaluándola de forma objetiva y rigurosa. Como ayuda a otros, en el desempeño de sus funciones, el trabajador social, siempre debe promover el intercambio de sus conocimientos, prestando ayuda, orientación y guía. Deben trabajar siempre

fomentando, en el equipo multidisciplinar, la ética y buen trato al paciente, la integridad y la responsabilidad a la hora de tomar decisiones determinantes.

## 2 Objetivos

Exponer el significado y la importancia del código deontolgógico

## 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 trabajo Social se construye sobre unos valores indivisibles y universales de la dignidad humana, la libertad y la igualdad, en los que se basa su actuación profesional. Debe cumplir y respetar unos principios básicos en el desarrollo de su actividad: Dignidad, libertad e igualdad de cada usuario/paciente al que preste ayuda. Para ello debe existir, hacia el sujeto con el que realizará la intervención, un respeto activo, aceptación, ausencia de juicios de valor, solidaridad, reconocimiento de derechos y responsabilidad. Además, se le exige la integridad en la relación y colaboración profesional de manera activa, constructiva y solidaria con otros profesionales con lo que ha de realizar las distintas intervenciones. Se tomarán decisiones justificadas, éticamente, desde los principios de intimidad, confidencialidad y uso responsable de la información obtenida del ejercicio de su profesión. Hay que tener en cuenta que toda la intervención debe partir siempre buscando lo mejor y la mayor cobertura para las necesidades del paciente, desde el ámbito de competencias en el marco de la institución en la que ejerza su actividad.

En las relaciones con otros profesionales y con las instituciones sanitarias donde desempeñe sus funciones, deberá promover el intercambio de conocimientos y experiencias con otros colegas. Ha de ser riguroso y objetivo, emitiendo sus conclusiones sin menospreciar el trabajo de otros, siempre que se ajusten a los criterios éticos antes mencionados. Debe promover la participación en la mejora de

las políticas sociales de la institución y velar para que los informes realizados permanezcan sujetos al deber y al derecho de confidencialidad. La información obtenida debe ser de calidad, la estrictamente necesaria para el desempeño de sus funciones y de consentimiento, si proviene del paciente directamente, mejor. Se dará prioridad a la protección de datos, al principio de seguridad y a la libertad de decisión.

## 5 Discusión-Conclusión

La conciencia ética es una parte fundamental de la práctica profesional del Trabajo Social. Sus actuaciones se apoyan en leyes, decretos y documentos tan relevantes como La Declaración Universal de Derechos Humanos, Convención de Derechos del Niño, Convención para la eliminación de todas las formas de Discriminación contra la Mujer, Convención para la eliminación de todas las formas de Discriminación Racial, etc. Es por tanto, que en su conducta profesional, se espera que actúen con integridad, empatía y atención. Manteniendo la confidencialidad de la información obtenida a través del paciente de forma voluntaria, o de otras instituciones o profesionales, que se la faciliten para realizar su práctica profesional. Por lo que deben estar dispuestos a colaborar activamente con otros profesionales, trabajando en equipo y teniendo en cuenta sus opiniones y criterios, respetándolos y siguiendo el principio de colaboración, sin discriminar ni menospreciar la profesionalidad de otros compañeros.
El trabajador Social será el encargado de velar por la buena práctica de la intervención, tanto en su relación directa con el usuario, como en la relación de otros profesionales con este. El fin último de prestar ayuda, debe ser siempre conseguir o acercarse a la solución del problema que el paciente/usuario presenta, creando un ambiente en el que se sienta cómodo y garantizando su satisfacción con los servicios que se le han prestado.

## 6 Bibliografía

1. https://www.cgtrabajosocial.es/codigo_deontologico.

## Capítulo 180

# INTERVENCIÓN DEL MALTRATO A MAYORES DESDE UNIDADES DE TRABAJO SOCIAL SANITARIAS

MARIA LUISA RIESCO FERNANDEZ

## 1 Introducción

En nuestro ordenamiento jurídico existe amplia legislatura para proteger, cuidar y prestar ayuda a las personas mayores. En el caso de maltrato hacia este colectivo, los profesionales que trabajan en el ámbito sanitario disponen de protocolos y planes sociosanitarios para desarrollar las intervenciones.

Cuando se detecte un caso, ya sea derivado desde otros servicios sanitarios o directamente desde la unidad de trabajo social sanitario, se establecerá un responsable para la investigación, que recopilará cuanta información le sea posible, con entrevistas a la persona mayor, siempre que su deterioro no le incapacite revelar los hechos, a su entorno y a la persona o personas sospechosas de infligir maltrato. Este responsable, independientemente quien detecte la situación, siempre será un integrante de la unidad de trabajo social sanitaria, que trabajará coordinado con otros profesionales sanitarios.

Durante toda la intervención debe prestarse el auxilio inmediato, valorando, según gravedad del caso, las acciones más adecuadas. Se aconseja establecer un pre diagnóstico en primer lugar, que ayudará con el diagnóstico final y será consensuado con los demás profesionales. Se trabajará con el caso, la percepción del maltrato, se ofrecerán recursos, apoyos, ayudas, programas y dispositivos necesarios que el caso tenga a su alcance.

En todo momento se debe velar por el cumplimiento del procedimiento de intervención de todos los profesionales implicados, dando apoyo y respuesta a las necesidades del caso, teniendo en cuenta siempre el bienestar de la persona y asegurando la confidencialidad y buen trato. Por último, se realizará un seguimiento continuo, dependiendo de lo que cada caso requiera.

## 2 Objetivos

Objetivo principal:
- Trabajar de forma coordinada con otros profesionales, respetando siempre los protocolos, planes y procedimientos de intervención.

Objetivos secundarios:
- Prestar auxilio inmediato, dada la gravedad de la situación.
- Elaborar un plan de acción con el caso siempre que sea posible.
- Ofrecer dispositivos, programas y recursos a los que tenga acceso.
- Realizar seguimiento del caso.

## 3 Metodología

Para la elaboración del presente artículo se han realizado búsquedas de conceptos y definiciones en diferentes planes sociosanitarios, en manuales de buen trato, protocolos de intervención sociosanitarios para la detección e intervención ante el maltrato a personas mayores. Así como en páginas web que recogen medidas generales para la promoción del buen trato.

## 4 Resultados

El concepto de maltrato, aún hoy, genera gran controversia, existen varias definiciones, pero todas coinciden en la idea de que el maltrato es el daño que se le produce a una persona, ya sea por acción u omisión. Existen diferentes tipologías de maltrato que podríamos clasificar según la definición dada anteriormente:
Por acción: físicos, daños corporales o deterioros producidos por fuerza física no accidental (golpes, quemaduras, uso inapropiado de fármacos): psicológicos, causar intencionadamente pena, indignidad, miedo, etc.; sexuales, comportamientos o contacto sexual de cualquier tipo no consentido o con personas incapaces de dar consentimiento; financieros, utilización no autorizada, ilegal o no apropiada de bienes ajenos.

Por omisión: negligencia y abandono, no aportar cuidados necesarios y básicos como higiene, comida, vestido, cobijo, asistencia sanitaria, ausencia de afecto y otros.
Deben realizarse actuaciones integrales que favorezcan la coordinación de todos los sistemas de protección social para la atención de personas mayores, en la que la sanidad tiene un importante papel. Será la puerta de entrada, en muchas ocasiones, de la persona mayor maltratada, que acudirá al centro como consecuencia de los daños producidos. Los equipos multicisplinares de salud, conformados por médicos, enfermeros, psicólogos y trabajadores sociales, favorecen el abordaje de estas situaciones por la implicación necesaria de todos ellos en el proceso. Uno de los objetivos de estos profesionales, debe ser detectar el maltrato cuando el paciente acude al centro por alguna de las tipologías de acción u omisión, antes mencionadas. En la inmensa mayoría de los caos, lo más común es que no se manifieste verbalmente la realidad de la situación, queda de mano de los profesionales, diagnosticar el problema, coordinarse con otros profesionales del centro y extra centro para ello, prestar auxilio inmediato y ofrecer soluciones al paciente.

## 5 Discusión-Conclusión

La diversidad de profesionales de los servicios sanitarios, se encuentran en una posición ideal para detectar las situaciones de maltrato. A menudo los indicios no son del todo evidentes y son difícil de ver, es por ellos que una intervención integral puede ayudar a la persona, ya que, por ejemplo, puede haber daños físicos que un profesional no detecte con tanta facilidad como otro, y viceversa, daños psicológicos que solo un psicólogo identifique.
La prestación de auxilio debe ser inmediata y coordinada, llevando a cabo una intervención que explorará tanto los signos físicos, como las actitudes y el estado emocional, siendo importante para esto y como primer paso, la observación por parte del profesional, dicha capacidad es muy importante y determinante en todo el proceso, sobre todo en pacientes con gran deterioro cognitivo. Una entrevista a la persona maltratada, o a su entorno en los casos de deterioro más grave, recabando todos los datos posibles, ayudará mucho a desgranar los hechos. La valoración del caso, se hará de forma coordinada y consensuada entre los profesionales que intervengan, se realizará un diagnóstico para establecer un plan de acción, el cual deberá incluir dispositivos, programas, recursos y ayudas para el paciente, así como un seguimiento del caso por parte del equipo multidisciplinar.

## 6 Bibliografía

1. Protocolo sociosanitario para la promoción del buen trato y la detección e intervención ante el maltrato a personas mayores (Gobierno Principado de Asturias).
2. www.imserso.es.

## Capítulo 181

# CLASIFICACIÓN DE RESIDUOS SANITARIOS

DAVID FONDON GONZALEZ

## 1 Introducción

La organización de la salud (OMS) define los residuos sanitarios como todas las formas de desechos generados por las instalaciones de atención medica.

Según la OMS, los países del primer mundo generan aproximadamente 0,5 kg de residuos por paciente de hospital al día.

La correcta gestión de estos recursos por parte del personal hospitalario (técnicos en cuidados auxiliares de enfermería, celadores, personal de limpieza, etc.) es fundamental para minimizar los riesgos al medio ambiente y a la salud de las personas.

Estos residuos, no solo se generan en los hospitales, sino que también los podemos encontrar en centros de salud, clínicas veterinarias, laboratorios, consultas o centros de medicina preventiva.

Un paso muy importante en esta gestión de residuos seria minimizar lo mas posible estos residuos para poder clasificarlos de la mejor manera posible para poder tratarlos y llevar un control eficaz de los mismos.

Con la pandemia del Covid-19, estos residuos han aumentado en gran medida incluso doblando la cantidad de residuos de un hospital. Estos residuos se están volviendo un problema a nivel mundial a causa de este aumento, generando mu-

cho mas gasto económico, incrementando la contaminación del aire y llevando a los vertederos al limite de su capacidad.

## 2 Objetivos

Exponer el tipo de residuos resultante de la actividad sanitaria y las recomendaciones para recogida.

## 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 Medline o Google académico.
También se han utilizado otros artículos científicos revisados recientes y la actual normativa legal vigente.

## 4 Resultados

Entendemos por residuos sanitarios los productos o materiales generados en los hospitales o demás centros de atención sanitaria.

Los hospitales deben estar provistos de envases y contenedores específicos y homologados para evitar riesgos a la salud de las personas que estén en contacto con ellos o los puedan manipular.

Esta regulación es competencia de las comunidades autónomas y pueden existir diferencias en la clasificación de estos residuos sanitarios en función de cada comunidad y su normativa.

El Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el trabajo clasifica estos recursos en 4 grupos diferentes:
- Grupo 1: estos residuos no son específicos de la actividad sanitaria. No suelen suponer un riesgo para la salud de las personas que los manipulan. Podríamos meter en este grupo residuos como cartón y envases sobrantes de la cafetería, papel de las distintas oficinas y consultas.
Estos residuos se suelen recoger en bolsas de color negro y se pueden tirar en contenedores urbanos.

- Grupo 2: en este grupo se incluyen los residuos no peligrosos que si provienen de la actividad hospitalaria. Varios ejemplos podrían ser ropa de cama con fluidos, material de curas, envases o bolsas de recogida de orina o sangre, siempre de pacientes no infecciosos.
Estos residuos se deben recoger en bolsas de color verde.
- Grupo 3: son residuos provenientes de la actividad clínica y con los que hay que tomar medidas de prevención en su gestión ya que pueden suponer un riesgo para el personal sanitario que lo manipule.
Hay que tener en cuenta si son cortantes o no y se recogen en contenedores rígidos, homologados y de color amarillo señalizados como residuos de riesgo.
- Grupo 4: son residuos sanitarios con riesgo para la salud debido a su composición y pueden ser químicos, citostáticos, radiactivos, restos humanos o aceites minerales y sintéticos.

## 5 Discusión-Conclusión

Es muy importante que todos los profesionales que vayan a manipular estos residuos estén preparados para su correcta manipulación y clasificación durante su actividad profesional.

Esto ayudara en un correcto proceso de tratamiento y eliminación de los mismos.

Siempre hay que prestar especial atención en todo el proceso, clasificación y tratamiento para minimizar el riesgos hacia el medio ambiente y hacia las personas.

Cada comunidad autónoma define sus requisitos mínimos en la gestión de estos residuos tanto dentro del centro hospitalario como fuera en su posterior tratamiento y eliminación.

Siempre hay que hacer una adecuada separación de los residuos en los distintos grupos en que estos se dividen.

## 6 Bibliografía

1. Gestal Otero, J.J. (2003) Residuos sanitarios y prevención de riesgos.
2. Pérez Pérez ,M.J. Guía para la Gestión de Residuos Sanitarios del Principado de Asturias.
3. Revista científico-sanitaria Sanum.

4. Instituto Nacional de Seguridad e higiene en el trabajo.

## Capítulo 182

# LA IMPORTANCIA DE LAS VACUNAS

MARIA ELENA BARAGAÑO GARCIA

## 1 Introducción

La importancia de las vacunas nos viene ya reflejado desde poco después de finalizar la Revolución Francesa con la vacuna de la viruela, esta es la primera vacuna de la historia, fue descubierta en 1796 por un médico rural Edward Jenner, este fue el primero que uso la ciencia para prevenir una enfermedad en lugar de curarla, aunque el éxito total vendría en la mitad del siglo XX, con la erradicación de esta, reforzando así la importancia de la vacunación como estrategia de la salud pública.
Fue el francés Louis Pasteur (conocido como el padre de la vacuno logia) el que llevo a cabo esta técnica para tratar otras enfermedades tales como el cólera, la rabia y el ántrax, la bautizo como ”vacuna” en homenaje al primer descubrimiento de Jenner.
Otro ejemplo histórico es la vacuna de la polio, pero entre ambas tuvieron lugar la creación de otras de gran importancia, tales como las antirrábicas, las anticoléricas, la antituberculosa, etc.
Son muchos los recursos económicos, públicos y privados que se han destinado y se siguen destinando a la investigación relacionada con las vacunas, las cuales han permitido hacer muchos estudios y poner en marcha muchos proyectos de vacunas, favoreciendo con estos la salud de la ciudadanía.

## 2 Objetivos

- Dar a conocer la importancia de la vacunación, la cual es la forma mas sencilla de protegernos contra ciertas enfermedades antes de entrar en contacto con ellas.

- Conocer las dos principales razones para vacunarse y los diferentes tipos de vacunas.

## 3 Metodología

La metodología seguida en la elaboración del presente capítulo ha sido una revisión bibliográfica de artículos relacionados en diferentes bases de datos como Google Académico, introduciendo como palabras claves ”importancia de vacunación”, ”vacunas”, seleccionando a su vez artículos procedentes de revistas que mas se ajustaban a dicha búsqueda.

## 4 Resultados

La función de toda vacuna es la de crear inmunidad del organismo frente a una determinada enfermedad, haciendo que este genere anticuerpos que harán frente a posibles infecciones.
Son pues medicamentos biológicos construidos a partir de microorganismos, bien sean muertos o atenuados o productos que deriven de ellos.
Existen diferentes tipos de vacunas:
- Vacunas de virus vivos, estas tienen en su preparación el virus pero de una manera muy delimitada. La cantidad de virus es mínima, por lo que no enferma el cuerpo.
- Vacunas inactivadas, en las cuales los virus ya están muertos.
- Vacunas toxoides, estas tiene una toxina producida por el virus. Esta ayuda a que la persona sea inmune frente a los efectos que produce la infección.
- Vacunas biosintéticas, estas contienen sustancias artificiales parecidas a partes de la bacteria o virus.

En si las vacunas lo que hacen es engañar al organismo, concretamente al sistema inmunológico, haciéndoles pensar que están siendo atacadas por dicha infección y le obliga a defenderse.
Con la vacuna lo que se consigue es que el organismo genere anticuerpos contra el virus y adquiera una inmunidad que le permite reconocer ese microorganismo y eliminarlo.
Las vacunas suelen ser administradas a través de vía intramuscular (mediante inyección) aunque algunas pueden ser a través de la vía oral. Por lo general, se suele necesitar varias dosis en el tiempo para conseguir que la inmunidad se mantenga durante tiempo.

Actualmente, para reducir el numero de inyecciones, se utilizan las vacunas combinadas, estas son varias vacunas que se juntan en una sola inyección como es la vacuna hexavalente que previene frente a la difteria, la tosferina, el tétanos, la haemophilus, la polio y la hepatitis B.
El numero de dosis y el intervalo entre ellas viene marcado por una pauta vacunal.
Normalmente, todos los países disponen de unos esquemas de vacunación que son unos calendarios de vacunaciones infantiles, pero muchos vacunas no acaban en la edad pediátrica, dependen de los cambios epidemiológicos teniendo que ser aplicadas en edad adulta.
Como todo tratamiento tiene su riesgo, pero estos ha de tenerse en cuenta que suelen ser inferiores a sus beneficios.

## 5 Discusión-Conclusión

Las vacunas constituyen una de las medidas sanitarias mas beneficiosas que se han producido, permiten prevenir enfermedades antes de que estas ocasionen epidemias, secuelas e incluso muertes. Las vacunas benefician a todos tanto a las personas vacunadas como a los que no se vacunan.
Mediante las vacunas hemos conseguido acabar con enfermedades tales como la viruela y el sarampión.
De acuerdo con la OMS (Organización Mundial de la Salud), las principales vacunas evitan de dos a tres millones de muertes cada año. La importancia de estas no es solo que te protegen a ti y a tu familia, también son importantes para evitar que seamos un vehículo de contagio para aquellas personas que no se encuentre vacunadas.

## 6 Bibliografía

1. https://www.riojasalud.es.
2. https://www.sanitas.es.
3. https://www.boscovac.
4. https://www.elsevier.es.
5. https://www.geseme.com.

## Capítulo 183

# CARENCIA DE LA VITAMINA C

MARIA ELENA BARAGAÑO GARCIA

## 1 Introducción

La vitamina C es una vitamina hidra soluble, esta es conocida como ácido ascórbico o vitamina antiescorbútica que es un nutriente esencial para el ser humano que se encuentra en ciertos alimentos, es pues una vitamina necesaria para el crecimiento y el desarrollo normal, además el cuerpo necesita de esta vitamina para producir colágeno que es una proteína necesaria para la cicatrización de las heridas, ayudando pues a la reparación de los tejidos.
Funciona también como oxidante, contribuyendo a prevenir los daños de los radicales libres, estos son moléculas que se producen cuando el cuerpo descompone alimentos o frente al humo, por ejemplo del tabaco.
Actúa a la vez disminuyendo el estrés oxidativo, minimiza y retrasa el proceso de envejecimiento aportando efectos beneficiosos al sistema inmune.
Como toda vitamina hidra soluble se disuelve en agua, las cantidades de vitamina sobrantes salen del cuerpo a través de la orina, aunque el cuerpo guarde una pequeña reserva se tiene que tomar regularmente, esta se suele obtener de una forma natural, en su mayoría con el consumo de frutas y verduras o de una forma sintética.
La vitamina C es esencial para el desarrollo y mantenimiento del organismo, por lo que su consumo es obligatorio para mantener una buena salud.

## 2 Objetivos

El objetivo de este trabajo es reflexionar sobre la importancia de la vitamina C en nuestro organismo, lo que nos aporta y la cuestión de la necesidad de tomar

o no complementos vitamínicos.

## 3 Metodología

He realizado la revisión bibliográfica en la que se estudiaron diferentes bases de datos recopilando de cada uno artículos y libros con el tema a tratar.
Las bases utilizadas fueron en Scuels y Pubmed. El buscador que se ha utilizado ha sido Google Académico con las palabras claves ”vitamina C” y ”carencia”.

## 4 Resultados

La vitamina C contribuye pues:
- Al metabolismo energético.
- Al funcionamiento normal de los sistemas nervioso e inmunitarios.
- Al funcionamiento psicológico normal.
- A la protección de las células contra el estrés oxidativo.

Debido a que nuestro organismo no produce la vitamina C se necesita obtenerla de una dieta, la mayoría de las personas obtienen suficiente con una dieta equilibrada y sana, la cantidad de esta recomendada varía según la edad.
Las frutas y verduras son las mejores fuentes de vitamina C por eso se recomiendan:
- Frutas cítricas (ejemplo la naranja, el pomelo) así como los pimientos rojos y verdes, el kiwi.
- Otras fruta y verduras como el brócoli, fresas, melón, tomate, estas contienen alto índice de vitamina C, es recomendable en toda dieta el consumo de tres piezas de fruta diarias o una de verduras crudas.

La carencia de esta vitamina en los países desarrollados es muy poco frecuente y esta puede producirse a causa de una alimentación baja producida por no consumir suficientes frutas y verduras frescas, e incluso por cocinar todos los alimentos, ya que estos así pierden la vitamina.
La carencia de esta vitamina puede producir:
- Cansancio, debilidad e incluso irritabilidad (cambios fáciles de humor).
- En el caso que se produjera una carencia grave, aparecería el escorbuto.
- Se pueden producir infecciones recurrentes.
- Heridas que curan con dificultad, heridas que aun siendo superficiales tardan mas en cicatrizar y pueden aparecer moratones injustificables a lo largo de la noche o la mañana.

- Dolor general en todo el cuerpo a nivel muscular y articular que nos impiden hacer una vida normal.
- Sequedad en la piel y en el pelo, por perdida de colágeno y elastina.

Por todo ello un nivel equilibrado de vitamina C, es lo recomendable.

## 5 Discusión-Conclusión

La vitamina C es esencial para el desarrollo y el mantenimiento de nuestro organismo, esta protege a nuestro cuerpo de sustancias dañinas, de ahí que digamos que actúa como un antioxidante.

Además esta afecta a la producción de colágeno por parte de nuestro organismo, el cual es la proteína responsable del crecimiento y reparación de los tejidos y de los huesos.

Esta vitamina a su vez nos mejora la absorción de otras vitaminas tales como el hierro y nos reduce la susceptibilidad a posibles infecciones.

Como con todas las vitaminas existe unas dosis diarias recomendadas, que varía en función de la edad, pero la mayor fuente de esta se encuentra en las frutas y verduras, de ahí la importancia de seguir una dieta equilibrada y variada (es decir, una alimentación saludable). El consumo de esta debería ser suficiente.

También nos podemos encontrar, frente a la carencia de esta, en las farmacias, complejos vitamínicos y aportes extra de vitamina C.

Esta vitamina es pues fundamental y beneficiosa para nuestro organismo.

## 6 Bibliografía

1. https://www.wikipedia.org.
2. https://www.fundaciondelcorazon.com.
3. https://www.msdmanuals.com.
4. https://www.ods.od.nih.gov

https://www.vitaminc.es.

## Capítulo 184

# SATISFACIÓN LABORAL DEL CELADOR

JOSE ANTONIO FERNANDEZ RODRIGUEZ

JAVIER REDONDO VALBUENA

## 1 Introducción

"Satisfacción" se puede definir como "confianza, tranquilidad de ánimo", "reparación de un daño".
En Psicosociología se entiende "Satisfacción Laboral" como una respuesta afectiva del trabajador hacia distintos aspectos de su trabajo. Ésta respuesta vendría dada por las características del puesto y por las características de la persona.
Para autores como Peiró y Prieto (1996), el trabajo ocupa un papel importante en la vida de las personas. Se puede entender el trabajo como una forma de percibir los ingresos económicos que son necesarios para la supervivencia y el bienestar. Las personas para realizar bien sus labores en el trabajo, necesitan un conjunto de habilidades, conocimientos y destrezas…a la vez que participan una serie de factores psíquicos como son el interés, la voluntad, la intención de realizar el trabajo.
Las condiciones de trabajo que afectan al trabajador pueden agruparse en bloques como:
1. Salud laboral.
2. Higiene y seguridad en el trabajo.
3. Estrés y bienestar psicológico.
4. Satisfacción laboral.

La Valoración de Puesto de Trabajo (VPT), constituye un derecho mediante el cual el trabajador puede solicitar al Servicio de Prevención de su servicio de Salud, que se valore, desde el punto de vista técnico y sanitario, su puesto de trabajo y su aptitud para el mismo en relación a su estado de salud.

## 2 Objetivos

Describir la importancia de la satisfacción laboral del personal celador y concienciar a las instituciones sanitarias sobre lo imprescindible de su participación para que se pueda llevar a cabo una buena consecución de esa satisfacción.

## 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 satisfacción laboral se puede entender como la réplica afectiva del empleado hacia su trabajo, es decir, como se encuentra emocionalmente el trabajador respecto su puesto de trabajo y las labores que realiza.
Una teoría muy influyente es la de Herzberg (1959): es la llamada "Teoría bifactorial de la satisfacción", donde habla de dos grupos de aspectos laborales:

- Factores intrínsecos: reconocimiento, responsabilidad, promoción, etc.
- Factores extrínsecos: salario, entorno físico, seguridad en el trabajo, etc.

La satisfacción en el trabajo de los profesionales en el ámbito sanitario como son los celadores, es un indicador que condiciona la calidad asistencial.
El rendimiento de los trabajadores (celadores) es directamente proporcional a la satisfacción laboral, y esto repercute directamente en la atención y cuidado de los pacientes.

Un empleado contento producirá más y se sentirá más comprometido con la institución sanitaria. Por el contrario, uno que no lo esté ocasionará todo lo contrario.

La satisfacción y la insatisfacción se darán según ésta teoría, en función de las necesidades del celador, si están cubiertas o no en su situación laboral.

Los factores de satisfacción también se les conoce como como motivadores, y se caracterizan porque son propios del trabajo (intrínsecos), y pueden resumirse en el gusto por el trabajo mismo, el querer obtener un logro, etc.
El segundo grupo, hace referencia a los factores que rodean al trabajo (los extrínsecos), y según Herzberg, por si mismos no crean una satisfacción positiva.
Los factores psicosociales son los que van a determinar el mayor riesgo en el trabajo para la insatisfacción laboral, y entre ellos tenemos:

- Trabajo a turnos:
Un constante cambio de ritmo modifica el equilibrio biológico y social, apareciendo insomnio, fatiga, cambios de carácter, etc. En el gremio de celadores, por las características propias de la naturaleza del trabajo en una institución sanitaria, los turnos de trabajo no se pueden evitar, pero consideramos que si se pueden mejorar, por ejemplo adaptando las condiciones de trabajo en función del turno, ya que el organismo no reacciona igual en un turno que en otro; aumentar el número de períodos en los que se puede dormir de noche, etc.

- Estabilidad en el trabajo:
La inseguridad, la incertidumbre empeora las tensiones en el puesto de trabajo. Por eso estaría bien por parte de las administraciones el facilitar la estabilidad en el puesto del trabajo del celador.

- Comunicación en el grupo:
Es un factor básico en la comunicación humana. Esencial para poder realizar el celador sus tareas.

- Participación:
Con compañeros, superiores, etc., tiene que darse para que el celador se sienta parte de un grupo, con el que pueda cooperar, y con el que pueda contar y que a su vez cuenten con él.

- Aptitud:
Relacionada con la preparación profesional del celador. Por eso es imprescindible una buena formación continua de los celadores.

## 5 Discusión-Conclusión

Para que el celador esté motivado por el trabajo es necesario que se den una serie de circunstancias como son las buenas condiciones de trabajo, un ambiente y lugar adecuados, tiempos de descanso y un buen equipo de trabajo.
Consideramos que en el trabajo de celador hay una parte de motivación, que es muy necesario partir de ella, pero aún más importante es mantenerla en el tiempo (ya que según las circunstancias, podría disminuir).
Si se previene la aparición de insatisfacción en el personal celador, se evitaría que éste realizara su trabajo sin interés (y hay que tener en cuenta que la falta de interés influye directamente en el cuidado de los pacientes).
Con una buena motivación se trabaja más y mejor.

## 6 Bibliografía

1. Estudio de la satisfacción laboral en los equipos de atención primaria en un área sanitaria de Asturias". Scielo.org. Rodríguez Alonso Andrea, Gómez Fernández Patricia, de Dios del Valle Ricardo.
2. NTP 212: Evaluación de la satisfacción laboral: métodos directos e indirectos. Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo.

## Capítulo 185

# EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN CENTROS SANITARIOS Y LA PROTECCIÓN DE DATOS

JAVIER REDONDO VALBUENA

JOSE ANTONIO FERNANDEZ RODRIGUEZ

## 1 Introducción

El artículo 18 de la Constitución Española del 1978 garantiza el derecho al honor, a la intimidad personal y familiar y a la propia imagen. La Unión Europea, en su reglamento 2016/679, de 27 de abril de 2016 regula la protección de datos. Asimismo, los datos ligados con la salud son información de carácter sensible y gozan de una alta protección por la ley. En su quehacer diario el auxiliar administrativo trata con datos personales por lo que debe de tener especial cuidado con el tratamiento de estos datos extremadamente confidenciales. Por lo tanto, es fundamental que conozca las leyes que los regulan.

Se define secreto profesional en el ámbito sanitario al deber que tiene el personal que trabaja en la sanidad de no descubrir a terceros los hechos conocidos en ejercicio de su profesión.

El secreto profesional es de obligatorio cumplimiento por el personal que tenga acceso a los datos del paciente. Incluso cuando la relación que vincule a las partes haya finalizado.

El Auxiliar Administrativo de la Sanidad, como trabajador que está en contacto con las historias clínicas del paciente, bien por el traslado y mecanización de datos o bien por el archivo y custodia de las historias clínicas, debe respetar y mantener el secreto profesional.

## 2 Objetivos

El objetivo de este estudio es conocer como debe actuar el auxiliar administrativo en su trabajo diario en relación a los datos personales que maneja de usuarios de la sanidad.

## 3 Metodología

Para la realización de este trabajo se ha consultado la Constitución española y las distintas leyes aprobadas por la Cortes Generales de España con respecto a la protección de los datos personales. También se ha revisado la normativa aprobada por la Unión Europea que es de obligado cumplimiento en España.

## 4 Resultados

El auxiliar administrativo de centros sanitarios está obligado a seguir las siguientes pautas en su trabajo diario:

- Adoptar medidas que garanticen la seguridad de los datos de carácter personal de los pacientes y que no se puedan alterar, perder o acceder a su utilización por persona no autorizado.
- Los datos y los perfiles de los usuarios y los accesos autorizados para cada uno de ellos deben estar actualizados en cada momento.
- Solo el auxiliar administrativo puede conceder, alterar o anular el acceso a la historia clínica.
- Tiene que establecer mecanismos que eviten que alguien pueda acceder a recursos con derechos distintos de los autorizados.
- Mantener siempre la confidencialidad informática.

En relación a la documentación clínica el auxiliar administrativo debe conocer lo que estable la Ley 41/2002. Que dice, que el acceso a la historia clínica con fines judiciales, epidemiológicos, de salud pública, de investigación o de docencia obliga a preservar los datos de identificación personal del paciente, separados de los de carácter clínico asistencial, de manera que, como regla general, quede asegurado el anonimato, salvo que el propio paciente haya dado su consentimiento para no separarlos. Se exceptúan los supuestos de investigación de la autoridad judicial en los que se considere imprescindible la unificación de los datos identificativos con los clínico asistenciales, en los cuales se estará a lo que dispongan los jueces y tribunales en el proceso correspondiente.

Asimismo, cuando sea necesario para la prevención de un riesgo o peligro grave para la salud, las administraciones sanitarias podrán acceder a los datos de los pacientes por razones epidemiológicas o de protección de la salud pública. No obstante, el acceso habrá de realizarse por un profesional sanitario sujeto al secreto profesional o por otra persona sujeta a una obligación equivalente de secreto, previa motivación por parte de la administración que solicitase el acceso a los datos.
El incumplimiento de estas normas por parte del auxiliar administrativo está tipificado como delito y dará lugar a las sanciones establecidas en las leyes del Estado Español.

## 5 Discusión-Conclusión

La conclusión que extraemos de este estudio es que la protección de datos de los usuarios del sistema de salud es inherente al trabajo que realiza el auxiliar administrativo. Este debe conocer todas las leyes y normas en vigor para no provocar que una actuación negligente dañe la reputación o la imagen de los usuarios del sistema de salud. Los datos no protegidos debidamente pueden ser utilizados por personas ajenas para comerciar o dañar a los propietarios de esos datos.
También es fundamental que los auxiliares administrativos reciban una formación adecuada en temas informáticos ya que los datos de los pacientes se manejan de manera telemática y estos trabajadores no pueden cometer errores en la manipulación de estos datos.

## 6 Bibliografía

1. Constitución Española de 1978.
2. 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.
3. Reglamento (UE) 2016/679.
4. Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales.

## Capítulo 186

# REANIMACIÓN CARDIOPULMONAR BÁSICA PARA CELADORES

FLAVIO COSÍO MORENO

THAMARA LARA DEL AMO

SANDRA INMACULADA RODRÍGUEZ LÓPEZ

MARÍA SOL GARCIA MASELI

CRISTINA TRIVIÑO DE LA CONCEPCION

## 1 Introducción

Una parada cardiorrespiratoria se produce cuando hay un colapso inesperado y brusco de la respiración junto con el latido del corazón, con lo que lleva a la interrupción de la circulación y a una falta de aporte de oxígeno al cerebro. El personal celador es el primero en recibir a los pacientes en la puerta de urgencias y es imprescindible que adquiera una formación básica en reanimación cardiopulmonar, dado que en esos casos una rápida actuación es vital para la vida del paciente. Se puede reconocer que una persona está sufriendo una parada cardiorrespiratoria cuando está ausente de pulso, su ventilación es nula, no respira, la coloración de la piel es azulada o pálida por la carencia de oxígeno y está en un estado de inconsciencia, no se mueve ni reacciona a estímulos.

Cuando se produce una parada cardiorrespiratoria, se da una situación que produce mucho estrés en el personal que atiende la urgencia, dado que es un caso infrecuente pero de extrema gravedad. Una carente falta de organización entre

los profesionales puede llevar a que se produzca una situación de caos que disminuya la probabilidad de tener un final exitoso. Para prevenirlo es preciso implantar unas medidas de actuación que, cuando se produzca la situación de estrés, esté permitido actuar de manera conjuntamente coordinada.

## 2 Objetivos

Dar a conocer las pautas de realización de la reanimación cardiopulmonar básica para el personal celador que presta sus servicios en los centros hospitalarios del sistema de salud.

## 3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo, se ha llevado a cabo una búsqueda e investigación bibliográfica sobre reanimación cardiopulmonar básica. Se han usado bases de datos como Google, Scholar, Scielo o PubMed con las palabras clave: celador, primeros auxilios, RCP.

## 4 Resultados

El cerebro comienza a fallar a partir de estar cuatro minutos sin oxígeno, por lo que es ve vital importancia saber reconocer una parada cardiorrespiratoria y poder actuar inmediatamente procediendo a la reanimación cardiopulmonar que consiste en aplicar a la víctima que lo esté sufriendo, compresiones torácicas y ventilaciones. Para conseguir mejorar los resultados y la supervivencia es necesario hacer una maniobra de calidad. A la hora de practicar la RCP debemos tener en cuenta los siguientes criterios:

- Las compresiones torácicas han de ser realizadas a la altura de la parte inferior del esternón, debiendo hundirse 5 cm para las personas adultas y niños y para neonatos 4 cm. Se realizarán por minuto de 100 a 120 compresiones y no se deben interrumpir más de 10 segundos para la administración de ventilaciones.
- Para la administración de las respiraciones de rescate o ventilaciones, se dedicara un segundo para realizar la insuflación del tórax con un volumen suficiente que haga que se vea la elevación de este y evitando que sean rápidas o forzadas.
- La relación de compresiones torácicas y ventilaciones será de 30/2.

- Para realizar la maniobra de manera adecuada, procurar que el paciente se encuentre acostado en decúbito supino.

Hay que tener en consideración que no debe realizar la maniobra de reanimación cuando la víctima lo haya dejado escrito, en pacientes que se encuentren en estado terminal y cuando existan signos de que se ha producido una muerte biológica tales como livideces o rigidez.

Tanto en la reanimación básica de adulto como cuando se produzca pediátrica o se realice con un desfibrilador externo automático, también llamado DEA, se realizarán ciclos de 30/2 hasta que la parada se resuelva o hasta la llegada de los servicios sanitarios.

## 5 Discusión-Conclusión

La reanimación cardiopulmonar está definida como el acto de intentar reemplazar primero y reinstaurar a continuación la circulación y respiración espontánea. En las personas adultas, una de los motivos más comunes de parada cardíaca es la denominada cardiopatía isquémica, siendo el mecanismo más mayoritario la Fibrilación Ventricular (FV), Taquicardia Ventricular sin pulso (TVSP). Se estima que al año se produce la defunción en España de unas, 16000 personas a causa de un Infarto Agudo de Miocardio antes de que sea posible de recibir asistencia cualificada. La existencia de una cadena de supervivencia es fundamental para la debida atención en los casos de parada cardíaca.

## 6 Bibliografía

1. Apuntes oposiciones celador SESPA.
2. https://www.areasaludbadajoz.com/Atencion_Primaria/Protocolos_C_S_progreso/protocolo_parada_cardio-_respiratoria_anexos.pdf
3. https://www.formacurae.es/wp-content/uploads/2019/12/TEMA-3-urgencias.pdf

## Capítulo 187

# LA UNIDAD DE FARMACIA DE LOS CENTROS HOSPITALARIOS Y LAS FUNCIONES DEL CELADOR

FLAVIO COSÍO MORENO

THAMARA LARA DEL AMO

SANDRA INMACULADA RODRÍGUEZ LÓPEZ

MARÍA SOL GARCIA MASELI

CRISTINA TRIVIÑO DE LA CONCEPCION

## 1 Introducción

Custodiar, conservar y dispensar los medicamentos utilizados en el uso humano pertenece únicamente a las unidades de farmacia hospitalaria, centros de salud y de atención primaria integradas en el Sistema Nacional de Salud junto con las oficinas de farmacia que están abiertas al público, autorizadas legalmente.
En las unidades de farmacia hospitalaria se encuentran trabajando farmacéuticos, farmacéuticos internos residentes, enfermeros, técnicos en cuidados auxiliares de enfermería, celadores y auxiliares administrativos. Este servicio se encuentra dirigido por un farmacéutico.
El servicio de farmacia se encuentra divido en varias áreas entre las que se encuentra el área de conservación y almacenamiento de medicamentos, el área de dispensación farmacológica, lugar donde el personal de enfermería dispensa la

medicación que ha autorizado previamente el farmacéutico. El área de farmacotecnia, lugar especializado en preparar las cantidades especiales de algunos medicamentos según pautas establecidas. El área de nutrición artificial que está dedicado a la preparación de la nutrición artificial parenteral o enteral y el área de citostáticos, medicamentos usados en el tratamiento contra el cáncer que impiden o retardan la división celular.
Actualmente, en los centros hospitalarios, la dispensación de medicamentos desde la unidad de farmacia se realiza por el método denominado unidosis, que significa que vienen en envases individuales por paciente. En el servicio de farmacia llevan a cabo la preparación de los medicamentos individualizados en su bolsa o envase correspondiente y será el celador el encargado de conducirlos hasta el servicio que realizó la petición.

## 2 Objetivos

Conocer y describir las diversas funciones que llevan a cabo en el servicio de farmacia hospitalaria los celadores que se encuentran prestando allí sus servicios.

## 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 celador a realizar en el servicio de farmacia hospitalaria son:
- Será el encargado de la recepción del material que los distintos proveedores suministran al servicio de farmacia, para dicha labor, es su deber comprobar que los albaranes de entrega coincidan con el material recibido.
- Acondicionamiento del material que se ha recibido, entregándolo al personal sanitario correspondiente para su clasificación, y colocación en sus lugares correspondientes.
- Ciertos productos, diferentes a los medicamentos, son colocados directamente en su lugar por el celador, como pueden ser los botes de suero fisiológico y las

garrafas de alcohol.
- Transportar los materiales por dentro del servicio de farmacia, es trabajo del celador mover los bultos y las cajas voluminosas o pesadas cuando se lo requieran.
- Repartir a las diferentes unidades del hospital los medicamentos y demás productos galénicos.
- Trasladar productos desde las distintas unidades hospitalarias hasta la farmacia.
- El celador de farmacia, normalmente, lleva a cabo la labor de dispensar determinado material distinto a los medicamentos que él mismo ha acondicionado u ordenado. Si se da el caso de que algún trabajador autorizado como puede ser un médico de urgencias, le solicite al celador la entrega de alguna clase de medicamento, el celador debe limitarse a comunicárselo al farmacéutico correspondiente. Siempre hay que recordar que el personal celador no está autorizado para dar ni administrar medicación.
- El alcohol utilizado en las unidades hospitalarias se encuentra rebajado con agua destilada para ser suministrado a 70 grados, la tarea de de realizar la mezcla la suele realizar el celador y radica en mezclar en un depósito un recipiente de alcohol y otro de agua destilada, siempre manteniendo la misma proporción.
- Realizar controles e inventarios. El celador destinado al servicio de farmacia tiene como función realizar recuentos del material del que sea responsable cada cierto tiempo con la finalidad de asegurarse del número de existencias que quedan y que no se encuentren próximos a caducar los diferentes productos.

## 5 Discusión-Conclusión

Las unidades de farmacología de los diferentes hospitales son insustituibles ya que su cometido es la de proveer a los diferentes servicios del lugar de productos sanitarios y medicamentos. Para este fin, las unidades o servicios de farmacia hospitalaria llevarán a cabo labores para que halla una adecuada gestión y lograr alcanzar que se haga un buen uso y control de los medicamentos, es decir, conseguir un uso racional de los medicamentos.
El celador destinado en este servicio realizará unas tareas que para colaborar con el fin de que el servicio sea desarrollado con normalidad ya que es quién se encarga, entre otras labores, de desplazar por los diversos servicios de los hospitales la medicación y demás material sanitario que requieran.

# 6 Bibliografía

1. https://revistamedica.com/farmacia-hospitalaria-funciones-celador/.
2. https://celadoresonline.blogspot.com/p/tema-22-funciones-del-celador-enla.html.
3. Temario oposiciones para celador del SESPA.

## Capítulo 188

# EL CELADOR EN LAS PRONACIONES EN UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS (UCI) POR COVID-19

FLAVIO COSÍO MORENO

THAMARA LARA DEL AMO

SANDRA INMACULADA RODRÍGUEZ LÓPEZ

MARÍA SOL GARCIA MASELI

CRISTINA TRIVIÑO DE LA CONCEPCION

## 1 Introducción

Por desgracia la posición de decúbito prono o pronación últimamente a tomado fuerza, porque aunque es una técnica bastante habitual en las UCIS de nuestros hospitales, en estos últimos meses de pandemia a sido clave para salvar muchas vidas.
Algo tan sencillo como colocar boca abajo a pacientes con Covid que sufren del Síndrome Distrés Respiratorio Agudo o lo que es lo mismo falta de oxígeno en los pulmones y la sangre, ha salvado muchas vidas, pues con esta técnica se consigue incrementar la saturación de oxígeno en sangre gradualmente hasta 4 puntos, consiguiendo así una remontada en la salud de los pacientes. Aunque no siempre funciona e incluso hay pacientes que tienen que ser pronados varias veces hasta su estabilización.

Normalmente la duración de esta postura suele ser de 16h-24h, tras las cuales volveríamos a colocar al paciente en posición de decúbito supino y se valoraría su evolución, volviendo a poner al paciente en decúbito prono si fuera preciso y así hasta llegar a estabilizarlo.
Con esta técnica no solo conseguimos mejorar su respiración, también servirá para los cambios de movilidad diafragmáticos, para la eliminación de secreciones, o para la redistribución de la percusión.
La colocación del paciente en decúbito prono es una maniobra sencilla aunque muy rigurosa, que se complica ligeramente con los pacientes de COVID por sus características ya que son pacientes con mucho peso, la mayoría más de 100 kilos, son pacientes sedados, con respiración asistida, bien intubados o con una traqueostomía hecha, sonda vesical, con un gran número de bombas de percusión y de cables para su monitorización, y además debido al Covid todo el personal va enfundado en los equipos de protección individual (EPIS) y con una pantalla que se empaña constantemente. Todo esto dificulta bastante la realización de la técnica por lo que se debe contar con un equipo importante de profesionales.

## 2 Objetivos

Enseñar paso a paso como se realiza la técnica de decúbito prono en una UCI en pacientes con Covid y que papel desempeña el celador en una pronación.

## 3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre la literatura 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. Así como la experiencia propia dentro del servicio.

## 4 Resultados

Lo primero que hay que hacer antes de empezar la técnica de decúbito prono, es reunirse todo el personal implicado para dejar claro cual será el cometido de cada uno y que lugar va a ocupar, una vez aclarado este punto el celador/a ayudará al auxiliar de enfermería a asear al paciente y se le colocará adecuadamente y se le echarán ácidos grasos para evitar úlceras de presión cuando este pronado.

También el personal de enfermería encargado del paciente hará sus cuidados diarios, como la aspiración de secreciones, limpieza de ojos, higiene bucal etc., así mismo comprobará el estado de las vías, drenajes y catéteres, fijándolos si fuera preciso para evitar que se suelten durante la maniobra.
Una vez que los cuidados del paciente están realizados, se preparará el material necesario para llevar acabo la técnica, a continuación detallaremos cuales son:
- Personal necesario, seis personas mínimo, si el paciente tiene un peso excesivo podrían ser ocho.
- Una cama articulada con un colchón anti-escaras.
- Ropa de cama (sábanas, fundas entremetida).
- Empapadores.
- 3 o 4 almohadas.

Una vez preparado todo el material necesario se procederá a la colocación del mismo y a la ejecución de la técnica, el protocolo de ejecución variará según el hospital yo voy a contar como se hace en el mío:
- Lo primero es poner el colchón de la cama en posición dura para facilitar la maniobra.
- La cama debe de estar en posición horizontal con la altura adecuada para no sufrir accidentes durante la realización de la técnica.
- El paciente con los brazos estirados a lo largo del cuerpo, con la palma de la mano hacia arriba y debajo de los glúteos.
- La sonda vesical se deberá pinzar y se colocará entre las piernas del paciente.
- Lo siguiente es colocarse el personal, un médico internista a la cabeza para sujetar el tubo endotraqueal, dos enfermeros/as uno/a a cada lado del paciente (en nuestro caso uno en el tronco superior y otro al lado contrario a los pies), un celador/a en el tronco superior para el lado que se vaya a girar al paciente (pues será el que reciba la mayor parte del peso), un/a auxiliar enfrente de el/la enfermero/a y una auxiliar a la parte de afuera del box por si se necesitara algo. Si el paciente tuviera mucho peso se podrían poner dos personas más, otro/a celador/a y otro/a auxiliar intercalados a la altura de la pelvis uno a cada lado.
- Una vez colocado el personal, se colocarán las almohadas, una en el tórax, otra en el abdomen a la altura de la pelvis dejando libres los genitales del paciente, otra hacia los muslos y una cuarta en los empeines (se puede poner solo la de los empeines).
- A continuación se colocará un empapador a la altura de los genitales y se guardará otro para la cabeza que se colocará cuando ya esté hecha la maniobra.
- Luego se estirará una sábana con la que se tapará al paciente haciendo un embozo grande, (para no taparle la cara), que al girarlo se estirará.

- Lo siguiente es coger juntas la sábana que el paciente tiene debajo y la que hemos puesto por encima e ir enroscando hasta ajustarla al cuerpo del paciente haciendo una especie de sándwich ajustado y se sujetará con fuerza para que no se nos escape de las manos al girarlo.
- Se llevará al paciente hacia el lateral de la cama del lado contrario hacia el que se quiera girar, es recomendable hacerlo hacia el lado que menos vías y drenajes tenga.
- En ese momento las personas que estén en ese lado tirarán con fuerza para ponerlo en decúbito lateral, los del otro lado empujarán para ayudarlos.
- En ese momento habrá un cambio de manos que debe ser rápido pero extremando las precauciones para que no se suelte al paciente en ningún momento, es decir los que están del lado para el que esta el paciente que tienen las manos arriba deberán cogerlo por abajo y los que están al lado contrario que son los que tienen las manos debajo deberán cogerlo por arriba para poder girarlo hacia su lado, todo esto sin soltar las sábanas que es lo que está sujetando al paciente.
- Una vez que el paciente ya esta bien sujetado y cada uno tiene las manos donde deben estar, se dejará bajar hacia el lado que este libre para dejarlo en decúbito prono.
- Por último se coloca la sábana y se pone una almohada anti-escaras y el empapador en la cabeza.
- La cabeza quedará girada hacia un lado y el brazo contrario de ese lado lo flexionaremos dejándolo al lado de la cabeza, mientras el otro brazo quedará estirado a lo largo del cuerpo, lo que sería la posición de nadador. Cada dos horas se cambiará la cabeza de postura girándola hacia el lado contrario y se hará lo mismo con los brazos.
- Se pondrá la cama en antitrendelemburg con el colchón en posición normal.

## 5 Discusión-Conclusión

La técnica de decúbito prono, es una técnica no invasiva, que ha ayudado a muchos pacientes de UCI con Covid-19, puesto que esta enfermedad ataca principalmente al sistema respiratorio, produciendo continuos fallos respiratorios que se intentaban combatir con esta maniobra.
Aunque si es verdad que no siempre fue efectiva, en muchos casos consiguió enormes beneficios para el paciente, llegando a salvar muchas vidas.
A la hora de realizar esta técnica el celador será uno más del equipo, estará presente en todo el procedimiento desde la preparación previa tanto del paciente como del equipo necesario para llevarla acabo, como durante la maniobra o una

vez finalizada para acomodar y acondicionar al paciente, será una ayuda y un apoyo clave para todo el personal sanitario y profesionales que formen parte del equipo.
Lo más importante para que la técnica de decúbito prono salga bien es formar un equipo sólido, que trabajará al unísono en todo momento, atendiendo a las ordenes del profesional que este sujetando la cabeza del paciente que será el encargado de dirigir la maniobra.

## 6 Bibliografía

1. El celador en la UCI [Internet] Disponible en https://www.faeditorial.es/ capitulos/el-celador-en-la-uci.pdf.
2. Funciones del celador [Internet] Disponible en http://www.auxiliarEnfermería.com/ funciones_ celador1. htm#marc08.
3. Actuación del celador en la UCI [Internet] Disponible en https://www.cgtsanidadl pa.org/f/opes/celador/ temas/tema_3.pdf.

## Capítulo 189

# LA ADAPTACIÓN DEL TRABAJO SOCIAL EN TIEMPOS DE PANDEMIA. LA INTERVENCIÓN DEL TRABAJADOR SOCIAL EN CASOS DE COLECTIVOS VULNERABLES

MYRIAM JEANNETH PAUCAR PAUCAR

PIEDAD YOLANDA PAUCAR PAUCAR

JUAN PÉREZ PALACIOS

MARIA ESTELA LA PARRA SALCEDO

## 1 Introducción

La pandemia del Covid-19 ha afectado a la sociedad además de la salud, a nivel psicológico y económico, agudizando e incrementando las necesidades de las personas vulnerables que engloban diversos grupos tales como: familias monoparentales, mujer en violencia de género, inmigrantes, personas mayores, discapacitados, personas en riesgo de exclusión social, niños.
En el VIII informe de la fundación FOESA sobre exclusión social cifra en 6 millones de personas vulnerables muy al límite de la exclusión social en España, más los ocho millones ya existentes en exclusión social sumaría a 14.5 millones de personas, afectadas en lo laboral, economía, salud física y psicológica.

Ante tal problemática se hace fundamental la intervención del trabajador social a nivel local y global. Se hace necesaria la actuación del trabajador en la atención social para ayudar a la no propagación del virus (Golightley y Holloway, 2020), también para abordar el impacto social en el tiempo, reduciendo además los problemas personales y sociales (Millán –Franco, 2020).
Con la pandemia y su correspondiente aislamiento en el tiempo de cuarentena, han hecho que los trabajadores sociales se reinventen, adecuando los medios a la situación para poder continuar conectado con los usuarios, mediante la utilización de la tecnología de la información y la comunicación por internet, realizando un gran aporte también en la tele asistencia (Berg-Weger & Morley, 2020).
El presente capítulo de libro muestra la importancia del papel del trabajador social en tiempos de pandemia con colectivos vulnerables y su correspondiente adecuación.

## 2 Objetivos

- Exponer si el trabajador social ayuda a la prevención de la expansión del virus en personas vulnerables.
- Explicar las actuaciones que puede realizar el trabajador social para mejorar su actuación en pandemia.

## 3 Metodología

Para la realización del presente capítulo de libro, se ha llevado a cabo una investigación a través de una revisión bibliográfica sobre estudios de trabajo social con personas vulnerables en pandemia. Para lo cual se ha realizado una búsqueda mediante artículos científicos, libros y publicaciones a través de diferentes bases de datos como: Google Académico, Science Direct y Cielo, además se utilizaron las palabras clave población vulnerable, pandemia, trabajo social.

## 4 Resultados

Con la pandemia, su consiguiente cuarentena y restricciones, se ha echo muy difícil que el trabajador social pueda seguir en contacto tal y como antes de esta , ya que era imprescindible una atención directa con las personas pertenecientes a grupos vulnerables, por eso ha recurrido a utilizar otras vías no comunes anteriormente, creando visitas familiares a las residencias a través de FaceTime, además

informando a los familiares de los residentes utilizando medios digitales como el Zoom, Skype y Whatsapp, Telegram, Facebook, twitter, Instagram o Linkedin. Otro colectivo afectado son los inmigrantes, a los cuales les han proporcionado información sobre la pandemia y relacionado como afecta a su vida, reduciendo la angustia social que presentaban los residentes extranjeros, prestando ayuda a los inmigrantes infectados ya sus familias, además de la colaboración internacional para indicar a las enfermedades infecciosas emergentes, y para poder seguir comunicándose estos profesionales con estos colectivos han utilizado las Tecnologías de la información y la Comunicación (Millán-Franco, 2020).

El Grupo Estatal de Intervención en Emergencias Sociales (G.E.I.E.S.) realiza varias recomendaciones a para estos momentos de pandemia, como:

- Crear grupos de trabajo con el fin de establecer líneas de acción y comunicación no presenciales (debido al confinamiento).
- Realizar una adecuada difusión de las noticias a receptores específicos y además a la población usuaria.
- Facilitar la descarga de documentación que requieran ayuda tanto a grupos como individualmente.
- Incrementar la comunicación mediante audio y vídeo.
- Facilitar el apoyo psicosocial a la población y a profesionales a través de medios telemáticos.
- Incrementar los mensajes preventivos con el uso de las redes sociales.
- Enlazar directamente con los perfiles concretos con los que se quiere comunicar y/o localizar.

## 5 Discusión-Conclusión

La pandemia causada por el Covid-19, ha causado grandes cambios en toda la población, perjudicando gravemente tanto en lo sanitario, laboral, posológico y económico, sobre todo a las personas que ya vivían en el lumbral de la pobreza, como al gran grupo de los vulnerables, grupos con los que el trabajador social interviene ya sea a nivel comunitario como individual, para lo cual la tecnología como las redes sociales han sido fundamentales para mantenerse la comunicación ya sea conectando a las personas mayores con sus familiares como para realizar su seguimiento tanto en residencias como en personas que viven solas, así también la utilización de estos medios ha sido fundamental para informar a la población como la colaboración entre profesionales muy importante para el buen funcionamiento. Así también lo han hecho con los menores, discapacitados e inmigrantes, sí bien es cierto esto ha sido un gran reto para los profesion-

ales como para la población dirigida, ya que no todos utilizaban estos medios y tenían los mismos, pero sin embargo esta circunstancia obliga a su cambio y adecuación. Con estas actuaciones el trabajador social ha podido colaborar en la no expansión del virus, utilizando medios para mantener a las personas vulnerables informadas, conectadas y ayudando en la utilización de estos medios.

## 6 Bibliografía

1. Berg-Weger, M., & Morley, J. E. (2020). Loneliness and social isolation in older adults during the Covid-19 pandemic: Implications for gerontological social work. The journal of nutrition, health & aging, 24(5), 456-458. del Trabajo Social, C. G. (2020). Actuaciones del Trabajo Social Ante el Covid-19. Grupo estatal de Intervención en Emergencias Sociales. Consejo General del Trabajo Social. Recuperado de: https://www. cgtrabajosocial. es/files/5f213639cbc10/Covid_II_WEB. pdf.
2. Golightley, M., & Holloway, M. (2020). Social work in the time of the Covid-19 pandemic: All in this together?. The British Journal of Social Work, 50(3), 637-641.
3. Leiva, Ana María, Nazar, Gabriela, Martínez-Sangüinetti, María Adela, Petermann-Rocha, Fanny, Ricchezza, Jorgelina, & Celis-Morales, Carlos. (2020). DImensión psicosocial de la pandemia: la otra cara del Covid-19. Ciencia y enfermería, 26, 10. Epub 21 de agosto de 2020.https://dx.doi.org/10.29393/ce26-3dpal60003.
4. Millán-Franco, M. (2020). Trabajo Social y Covid-19. Un análisis de las consecuencias sociales y sus implicaciones para la intervención social con colectivos vulnerables. In R. Rivera.(Presidencia). Congreso internacional virtual sobre Trabajo Social. Consecuencias psicológicas, sociales, políticas y económicas. EUMED, Méjico. https://www. eumed. net/actas/20/covid/17-trabajo-social-y-covid-19-un-ana-lisis-de-lasconsecuencias-sociales. pdf.
5. Recuperado de: https://www.cgtrabajosocial.es/app/webroot/files/consejo/files/Comunicaci%c3%b3n%20y%20redes%20sociales.pdf

## Capítulo 190

# EL CELADOR Y LOS CAMBIOS POSTURALES

JOSE LUIS FERNÁNDEZ SÁNCHEZ

VERONICA HINAREJOS DIAZ

DIEGO ZORNOZA GOMEZ

BÁRBARA BERNARDO SÁNCHEZ

IVÁN CALLEJO JIMÉNEZ

## 1 Introducción

Cuando un paciente llega a la unidad de hospitalización la enfermera le realiza una valoración inicial al paciente, incluirá la necesidad de cambios posturales. Esta información se coloca en el cabecero de la cama del paciente, para que la técnico en cuidados auxiliares de enfermería (TCAE) o el celador, cuando vaya a moverlo, sepa si es conveniente hacerlo o no. Esta función del celador se lleva a cabo cuando los pacientes tienen mermadas su capacidades de movimiento ya sea por su edad avanzada o por el tipo de enfermedad, lo cual puede llegar a impedir la movilidad más básica según los casos, llegando incluso a no ser conscientes de que necesitan cambiar de postura en las patologías más graves.

Cuando hablamos de cambios posturales, nos referimos a los cambios de posición que se realizan en personas cuya movilidad se encuentra limitada. Dichos cambios, son necesarios para evitar que estas personas puedan notar la presión en las

zonas de apoyo, ya que estos enfermos, aunque lo llegasen a sentir, no pueden moverse para aliviar la incomodidad que esta produce, a esto, además, le sumamos que realizando un cambio de posición cada dos horas a un paciente que está encamado, les ayuda a mantener su sangre circulando, lo que también ayuda a la piel a mantenerse saludable y así podemos prevenir escaras de decúbito, además, nos servirán detectar si la piel de estos pacientes se ha enrojecido, está empezando a enrojecerse o si se está dando la posible aparición de alguna llaga, será una buena oportunidad que debemos aprovechar para revisarle la piel, el momento de realizar el cambio de posición.

Los cambios posturales más habituales son: decúbito supino, decúbito lateral izquierdo, decúbito lateral derecho, Fowler y pronación (prono o boca abajo). Estos son los cambios posturales que más se utilizan aunque hay muchas más posiciones que se utilizan para más técnicas o incluso exploraciones. Los cambios posturales son muy importantes, ya que evitan que aparezcan úlceras por presión (UPP) y ayuda a que el paciente esté cómodo y se sienta lo más confortable posible durante su ingreso. El personal sanitario estará formado para efectuar dichos cambios posturales a los pacientes y se cerciorarán de que todo quede registrado para llevar un seguimiento y evitar complicaciones.
Para evitar la aparición de úlceras por presión le daremos al paciente una dieta rica en proteínas y vitaminas: carne, verduras y cereales. A parte de los cambios posturales, la hidratación es un punto muy importante, por este motivo es recomendado que el paciente beba entre 1,5 l y 2 l de agua al día.

## 2 Objetivos

- Distinguir los tipos de cambios posturales, así como la forma correcta de llevarlos a cabo por parte del celador, evitando así que sufra lesiones.
- Explicar la labor del celador y su importancia para la salud del paciente.

## 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

Los pacientes geriátricos y los encamados son propensos a padecer varias complicaciones entre ellas la aparición de ulceras por presión o escaras. Hay que resaltar que las personas que van a realizar o colaborar en estos movimientos del enfermo deben conocer las técnicas adecuadas para que estas acciones no afecten negativamente al mismo, para ello es necesario que el celador conozca las posiciones básicas del paciente encamado y las técnicas para movilizarlo correctamente. Distinguimos los siguientes tipos de cambios posturales:
1. Posición Decúbito lateral (ya sea izquierdo o derecho): Tumbado de lado, su cabeza apoyada en la almohada, el brazo inferior permanecería flexionado paralelo a la cabeza, mientras el brazo superior estaría flexionado con apoyo en el cuerpo y la pierna superior flexionada a altura de cadera y la rodilla.
2. Posición Decúbito supino: esta posición consiste en colocar una almohada debajo de la cabeza y otra debajo de los gemelos, siendo opcional una para cada brazo, teniéndose especial cuidado de no hacer presión sobre talones, escápulas, codos, sacro y cóccix, manteniendo la cabeza con la cara hacia arriba.
3. Posición de Fowler o semifowler: la persona permanece acostada, sus rodillas flexionadas y elevaríamos el cabecero a 45º.
4. Posición decúbito prono: esta posición es en la que el cuerpo descansa boca abajo, colocándose una almohada en la cabeza, girada hacia un lado y los brazos ligeramente flexionados, con las palmas de las manos hacia abajo y los pies relajados, sin apoyar las puntas de los dedos. Se colocará otra almohada en los pies y en la zona del esternón, evitándose hacer presión sobre las manos, pectorales, genitales masculinos, rodillas, dedos de los pies y la cara.
5. Posición de sedestación: paciente sentado. Para ello se ayudará de almohadas, una debajo de cada brazo, de los pies y detrás de la cabeza. Se debe prestar atención a que no exista presión en lesiones, en el sacro y omóplatos, quedando la espalda cómodamente sobre el respaldo.
6. Litotomía o ginecológica: en decúbito supino, con las rodillas separadas y flexionadas. Los muslos estarán también flexionados sobre la pelvis. Las piernas deben colocarse sobre unos estribos que tienen las camillas ginecológicas.
7. Genupectoral: rodillas sobre el plano de la cama o camilla, con la cabeza ladeada y apoyada sobre la cama o camilla, los antebrazos flexionados y las manos situadas delante de la cabeza, una encima de la otra.
8. Tredelemburg y tredelemburg invertida: colocado en decúbito supino, los pies están elevados sobre el plano de la cabecera, formando un ángulo de 45º. En la invertida el paciente se encuentra en decúbito supino, pero la cabeza y el tronco

se encuentran en un plano superior al de las piernas formando un ángulo de 45º. Para complementar la acomodación del paciente es conveniente utilizar almohadas, cojines, almohadas o toallas enrolladas, cuñas-tope, soporte para los pies, sacos de arena u otros accesorios que favorezcan y permitan mantenerla. Todo lo necesario para lograr el mejor confort del paciente, y sobre todo para que no aparezcan las temidas ulceras por presión (UPP), la cual es una lesión localizada en la piel y/o tejido subyacente producida generalmente sobre una prominencia ósea por una presión mantenida en el tiempo, a veces acompañada por fricción o cizallamiento. Las localizaciones más frecuentes suelen ser talones, tuberosidades isquiáticas y trocánteres. Según cómo se encuentre posicionado el paciente. Aunque también existen otros factores contribuyentes a la aparición de UPP. Hay 4 grados de úlceras por presión (UPP):
Grado I: eritema no blanqueable.
Grado II: úlceras de espesor parcial.
Grado III: pérdida total del grosor de la piel.
Grado IV: pérdida total del espesor de los tejidos.

En general, se darán cambios posturales cada 2-3 horas (al menos dos por turno) a los pacientes encamados, siguiendo una rotación programada e individualizada que incluya siempre que se pueda el decúbito supino, la sedestación, el decúbito lateral izquierdo y el decúbito lateral derecho, y registrando la posición en la que se deja al paciente para dar continuidad a los cuidados, y siempre teniendo en cuenta estas consideraciones :

1. Evitar el contacto directo de las prominencias óseas entre sí usando almohadas.
2. Si fuera necesario, elevar la cabecera de la cama lo mínimo posible (máximo 30°y durante el mínimo tiempo.
3. Usar dispositivos que mitiguen al máximo la presión: colchones de aire (pacientes de peso inferior a 75 kg.), cojines, almohadas, protecciones locales, etc. Sólo es un material complementario no sustituye a la movilización.
4. Evitar en lo posible apoyar directamente al paciente sobre sus lesiones.
5. Mantener el alineamiento corporal, la distribución del peso y el equilibrio.
6. De apoyo o de manejo de presión, que son aquellas diseñadas específicamente para el manejo de la presión, reduciéndola o aliviándola, incluyen camas, colchones, colchonetas y cojines de asiento.
7. La cama se colocará en horizontal (si no hay ninguna contraindicación). Antes se solicitará información del paciente al enfermero o médico.
8. Hay que explicarle al paciente lo que se le va a realizar en cada momento y pedir su colaboración, siempre que sea posible.

9. Hay que preparar el área donde se va a trabajar, quitando previamente aquellos elementos que puedan entorpecer nuestra acción.
10. Observar los sueros, sondas, drenajes, etc., que pudiera tener el paciente.
11. No ejercer presión sobre ningún nervio.
12. Procurar hacer el esfuerzo con los músculos mayores y más fuertes (muslos y piernas). Mecánica corporal.
13. Acercarnos lo máximo posible a la cama del enfermo para que el esfuerzo sea menor y la columna vertebral debe estar erguida.
14. Es preferible deslizar y empujar, que levantar.
15. Cuando sea posible, debe actuar más de una persona.
16. Reducir al máximo la presión sobre la piel, sobre todo en las prominencias óseas.
17. Observar la respuesta del paciente a la postura en que se le ha colocado, regulando los planos de la cama o usando dispositivos accesorios (férulas, almohadas, protectores de protuberancias, etc.).
18. Vigilar que las distintas partes del cuerpo tengan una alineación correcta.
19. Mantener siempre la intimidad del paciente.
El proceso de formación de las úlceras, va a depender del lugar de localización de la úlcera, de la educación postural, motivación y estado del paciente, elegir un tipo de tratamiento u otro o que sea candidato para una cirugía plástica para reconstruir. Hay que valorar siempre diversas opciones de tratamiento que irán ligadas directamente al tipo de úlcera, de su localización, del grado de afectación y por supuesto de las condiciones en las que se encuentre el paciente en cuanto a factores intrínsecos y que nunca debemos obviar que el tratamiento más efectivo será la prevención con los cambios posturales y con una buena hidratación.

## 5 Discusión-Conclusión

Es vital e importante, tanto en el ambiente hospitalario como en el ambiente del hogar, realizar correctamente estos cambios posturales, ya que si no se conoce la forma correcta de realizarlos, esto dará lugar a otras complicaciones (heridas por fricción upp,) que luego serán mucho más difíciles de resolver para los profesionales, así como más dolorosas y perjudiciales para el paciente.
El bienestar, el cuidado y el confort del paciente resultan elementos clave para favorecer la recuperación de la salud del paciente, por lo que es muy importante conocer y aplicar los cuidados básicos encaminados a la consecución del bienestar, especialmente relacionado con la higiene, con el cuidado del entorno y la movilidad del paciente, es por ello que el papel del celador es importante en el

contacto con este tipo de pacientes, geriátricos, encamados, el cual ayudará en la movilización, cuando sea necesario, buscando mover y acomodar al paciente en la cama, de forma que se sienta confortable y cómodo, y siempre hay que velar por su salud, comprobándose que no tiene contraindicada ninguna posición, y que está cómodo y vigilado por si aparece dolor con la nueva postura. Al igual que también es importante realizarlos correctamente para que no aparezcan las temidas lesiones dorsolumbares.

## 6 Bibliografía

1. Ocronos-Editorial-Científico-Técnica.
2. http://www.revistamedico.com/cambios-posturales-paciente-encamado.
3. www.revistamedica.com.
4. https://revistamedica.com/ulceras-por-presion-tecnico-cuidados-auxiliaresenfermeria/.
5. Plataforma de formación continuada de Logoss.

## Capítulo 191

# EL CELADOR Y SUS FUNCIONES EN EL SERVICIO DE URGENCIAS

JOSE LUIS FERNÁNDEZ SÁNCHEZ

VERONICA HINAREJOS DIAZ

DIEGO ZORNOZA GOMEZ

BÁRBARA BERNARDO SÁNCHEZ

IVÁN CALLEJO JIMÉNEZ

## 1 Introducción

Tanto los servicios de urgencias hospitalarias como extrahospitalarias, son dispositivos asistenciales que se han desarrollado a partir de la ley general de sanidad del año 1986. Esta ley describe la urgencia sanitaria, como aquella que se presenta cuando se precisa una atención inmediata; mientras que distingue la emergencia sanitaria como una situación crítica de peligro evidente para la vida del paciente y que requiere una actuación inminente por parte de los diferentes perfiles del ámbito de la sanidad en todos los niveles, ya sean profesionales sanitarios como médicos, enfermeras, técnicos de cuidados auxiliares de enfermería, así como no sanitarios donde incluiríamos a celadores, psicólogos, auxiliares administrativos o trabajadores sociales, entre otros.
Hay que distinguir lo que es una urgencia y una emergencia a la hora de reconocer a las personas que acuden instando el servicio de asistencia médica urgente, motivada por diversas causas:

1. Emergencia es una circunstancia crítica que implica un peligro vital para el paciente y requiere atención inmediata y urgencia es una situación que implica un riesgo para el paciente cuya atención no se debe dilatar más de 24-48 horas.
2. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) la urgencia es "la aparición casual en cualquier lugar o actividad de un problema (imprevisto o inesperado), de causa diversa y gravedad inestable, que genera el conocimiento de una necesidad apremiante de atención por parte del sujeto que lo sufre o de su familia". También la detalla como toda aquella patología cuya evolución es lenta y no precisamente mortal, pero cuya atención no debe retrasarse más de 6 horas.
El Servicio de Urgencias es un área que forma parte del hospital y del centro de salud, ubicado próximo a la puerta de acceso de los mismos, el cual puede ser un anexo del hospital teniendo su propia entrada fácilmente diferenciada del resto de áreas del hospital, facilitando la llegada de pacientes que precisan de atención inmediata. Es la unidad asistencial que, bajo la responsabilidad de un médico (médico coordinador de urgencias), está destinada a la atención sanitaria de pacientes con problemas de etiología diversa y gravedad variable, que generan procesos agudos que necesitan de atención inmediata.

## 2 Objetivos

- Explicar las características del servicio de Urgencias, así como las formas de acceso y la estructura de este área.
- Identificar las funciones del celador en el Servicio de urgencias y su importancia dentro de un equipo de trabajo.

## 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

Este servicio tiene como característica principal el trabajo a demanda, ya que los usuarios podrán acudir a este por diferentes motivos, el usuario piensa que necesita una atención urgente, luego también entran accidentes de todos tipos. Para determinar la prioridad de atención de los usuarios existe el triaje, el cual es un proceso a través del cual un paciente es valorado a su llegada al centro hospitalario para determinar la urgencia del problema y asignar el recurso apropiado para el cuidado del problema identificado. Este concepto ha sido definido por un gran número de autores, así como por múltiples entidades y asociaciones científicas y se entiende como aquel proceso que permite ordenar a los pacientes en función de la urgencia que se asocia a las diferentes situaciones clínicas que pueden llegar a padecer, para así poder priorizar la atención a aquellos que presentan mayor gravedad.

Este sistema, incluye la recepción y acogida del paciente, su valoración, su clasificación y su distribución, permite identificar rápidamente al individuo en situación de riesgo vital, mediante un sistema estandarizado de clasificación; asegurar la priorización en función del nivel de clasificación, acorde con la urgencia de la condición clínica que tenga; determinar el área más adecuada para tratar a quien se presenta en urgencias hospitalarias y, por último, informar al paciente y a sus acompañantes sobre el tipo de servicio que necesita y el tiempo de espera probable.

Los pacientes pueden ingresar en el servicio de urgencias de diversos modos:

1. Derivados por su médico de cabecera: acude inicialmente a su centro de salud y es el facultativo que lo atiende quien decide que su problema no puede ser atendido de modo ambulatorio.
2. Por iniciativa propia: cuando el propio paciente percibe que su situación de salud ha cambiado negativamente y cree necesario acudir al servicio de urgencias para resolver su situación.
3. Derivado por los servicios de urgencias y emergencias extra hospitalarios: estos servicios de urgencias son fundamentalmente el punto de atención continuada (PAC) y el 112. Existe en atención primaria un servicio de urgencias de 24h, que funciona todos los días de la semana, incluidos festivos llamado PAC. El médico de PAC hace una primera valoración del paciente, y decide si la patología que tiene es susceptible de ser tratada en casa o precisa derivación al servicio de urgencias del hospital. También los servicios de emergencia del 112 harán un cribado de situaciones urgentes, bien llevándolas a un PAC para una primera valoración por un médico de atención primaria o bien derivándolos di-

rectamente a un servicio de urgencias hospitalario por considerar que la atención necesaria ha de ser especializada.

Dado que vivimos en un entorno social donde actualmente tendemos a ir muy rápido, por diversos problemas externos a nuestro trabajo, el entorno que nos rodea nos provoca estrés, y nos afecta, de manera que solemos trasladar inconscientemente dichos problemas a nuestro trabajo, descuidando aspectos que nos serán de gran utilidad para mejorar como profesionales del entorno sanitario. Esto repercute negativamente, a las impresiones que trasladamos a los enfermos y sus familiares que precisan de nuestra asistencia y atención, por lo tanto tenemos que aprender a evitarlos y hacer ese momento más humano y empático.

Las funciones del celador en el servicio de urgencias son múltiples y variadas:

- Tramitarán o conducirán sin tardanza las comunicaciones verbales que les sean transmitidas por sus superiores.
- Movilización del paciente en camilla o silla de ruedas, y cambio del paciente de camilla de la ambulancia a camilla o cama del servicio de urgencias.
- Traslado del paciente para la realización de las diferentes pruebas diagnósticas.
- Recepción y orientación de pacientes y acompañantes en la entrada del servicio de urgencias.
- Se abstendrán de hacer comentarios con los familiares de los pacientes sobre diagnósticos, exploraciones y tratamientos que se están realizando a los mismos, no informarán sobre pronósticos de la enfermedad del paciente, debiendo siempre orientar las consultas al médico encargado de la asistencia del enfermo.
- Traslado del paciente a planta de hospitalización.
- Traslado de muestras varias.
- Ayudarán al personal sanitario en las funciones que les sean propias, así como las que le sean ordenadas por médicos, supervisoras o enfermeras.
- Vigilarán las entradas al área de urgencias, permitiendo el acceso sólo a las personas autorizadas para ello.
- Recogida de resultados.
- Velarán continuamente por conseguir el mayor orden y silencio en las salas de espera y espacios comunes.
- Cuidarán que los familiares y visitantes no deambulen por los pasillos y dependencias del servicio de urgencias, más que lo necesario para llegar al lugar donde concretamente se dirijan, acompañándolos hasta el lugar si fuese preciso.
- Avisarán siempre a los familiares de los pacientes que se encuentran en la sala de espera cuando se realice un traslado del enfermo, ya sea para la realización de pruebas fuera del servicio de urgencias como cuando se efectué el ingreso en una planta hospitalaria.

- Mantendrán las entradas de urgencias provistas de sillas de ruedas y camillas.

## 5 Discusión-Conclusión

El servicio de urgencias es unos de los servicios que más carga asistencial sufre en el hospital. Muchas veces se debe a que el usuario se salta el sistema de atención primaria ya sea por desconfianza de su funcionamiento, deficiente asistencia domiciliaria o tolerancia por los servicios de urgencias. Por eso es necesario aleccionar al paciente a seguir la cadena asistencial, es decir, cualquier malestar debería ser valorado en primer lugar en atención primaria, bien por el médico de cabecera o por el médico de PAC, para que valore si la urgencia que dice tener el paciente es real o simplemente sentida, y se puede solucionar en su domicilio con un tratamiento adecuado.
El celador es la primera persona que recepta a los pacientes y su aptitud y predisposición es elemental para los pacientes que acuden al servicio de urgencias. En el servicio de urgencias es muy importante el trabajo de los celadores, ya que realiza tareas diversas y de apoyo al resto de personal sanitario, para así conseguir que la atención a los pacientes y sus familiares sea de calidad y la actividad se desenvuelva en el servicio de forma adecuada.
Las funciones del celador son de gran importancia en el área de urgencias, ya que este puesto exige ser comunicativo, responsable y proactivo. Una de las funciones más importante es saber expresarse ante cualquier persona, así como ser sumamente cuidadoso con lo que habla. El celador es la primera persona que recibe a los pacientes y su aptitud y predisposición es fundamental para los pacientes que acuden al servicio de urgencias. En el servicio de urgencias es muy importante el trabajo de los celadores ya que realiza funciones diversas y de apoyo al resto de personal sanitario, para así conseguir que la atención a los pacientes sea de calidad y la actividad se desarrolle en el servicio de forma adecuada.

## 6 Bibliografía

1. https://www.redaccionmedica.com.
2. Orden de 5 de julio de 1971, Estatuto de Personal No Sanitario al servicio de las Instituciones Sanitarias de la Seguridad Social.
3. Ley 55/2003, de 16 de diciembre, Estatuto Marco del personal estatutario de los Servicios de Salud.
4. https://www.revistasanitariadeinvestigacion.com.

## Capítulo 192

# ELCELADOR EN REPROGRAFIA: ENVIOS Y SERVICIOS POSTALES

JOSE LUIS FERNÁNDEZ SÁNCHEZ

VERONICA HINAREJOS DIAZ

DIEGO ZORNOZA GOMEZ

BÁRBARA BERNARDO SÁNCHEZ

IVÁN CALLEJO JIMÉNEZ

## 1 Introducción

El celador cuyas funciones deban ser realizadas en el servicio de reprografía, deberá encargarse de enviar toda la documentación relativa a las citaciones para las consultas médicas o consultas de enfermería, relativa a los proyectos de medicina preventiva.
El artículo. 14.2 del Estatuto de Personal no Sanitario establece como primera función de los celadores la siguiente: "tramitaran o conducirán sin tardanza las comunicaciones verbales, documentos, correspondencia u objetos que les sean confiados por sus superiores, así como habrán de trasladar, en su caso, de unos servicios a otros los aparatos o mobiliario que se requiera". Igualmente el artículo 75 del Estatuto de Personal no Facultativo establece, en su apartado 12 que las Auxiliares de Enfermería "trasladaran, para su cumplimiento por los celadores, las comunicaciones verbales, documentos, correspondencia u objetos que les sean confiados por sus superiores". Profundicemos en ellas:

1. Traslado de correspondencia: cartas, impresos, revistas y correo externo o interno, en general. Traslado de objetos Todos los de uso común en las Instituciones sanitarias: cajas, carros, envases, medicamentos, tubos y muestras y enseres en general.
2. Traslado de documentos: tradicionalmente el documento ha sido el escrito donde se prueba, acredita o se hace constar una cosa. En la actualidad, se refiere a "todo soporte de información que trata de enseñar algo a alguien" o "todo elemento de información fijado sobre un soporte material o toda expresión de pensamiento fijada materialmente y susceptible de ser utilizada para consulta, estudio o prueba". Son documentos de traslado ordinario por los celadores:
- Historias Clínicas, desde el archivo a las unidades del hospital, entre consultas, a servicios diagnósticos, plantas de hospitalización, etc.
- Hojas de interconsulta.
- Pedidos a Almacén General, Almacén de Fungibles, Farmacia, Lencería.
- Partes de Mantenimiento.
- Ordenes de hospitalización.
- Peticiones y resultados de analíticas y pruebas diagnosticas (radiografías, ecografías, urografías, arteriografías, etc.).
- Peticiones de ambulancias.
- Petición de exploración en otros Centros e Instituciones.
- Peticiones de citas.
- Partes de quirófano.

## 2 Objetivos

- Conocer términos claves sobre el envío postal, la clasificación de los servicios postales, y las prestaciones que tienen los servicios postales.
- Conocer las funciones del celador encargado del servicio de reprografía.

## 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 modo en que los superiores "confían" a los celadores el traslado de documentos, correspondencia, objetos, aparatos y mobiliario no ha de ser siempre mediante una orden verbal directa. Lo habitual es asignar por escrito los deberes que corresponden a los celadores de cada Unidad y su ejecución puede realizarse por iniciativa del propio celador o a petición de otros profesionales, aunque no sean sus superiores, y por supuesto por orden de sus superiores.

La Unidad Sanitaria, mueve gran cantidad de correspondencia, tanto de envíos como de recepción. En ellos hay un departamento o sección que se ocupa de todas las tareas relacionadas con la correspondencia: el franqueo, depósito, registro, entrega, recogida y distribución. Una pieza fundamental dentro de la gestión de la correspondencia es la persona encargada de repartirla, de hacerla llegar a la persona adecuada.

Estos envíos postales, refiriéndonos a ellos como los envíos con destinatarios, serán realizados a través de diferentes elementos que pasaremos a detallar a continuación.

- Paquetes postales. Todos aquellos envíos los cuales contengan algún tipo de objeto, carta o sobre y cuyo envío no se encuentre prohibido, siendo necesario reunir una serie de características para ser admitido en la oficina postal.
- Tarjeta postal. Elemento de cartulina con forma rectangular. Su contenido aparece descubierto, siendo en la mayoría de los casos, un documento con mensajes personales y del momento.
- Publicidad directa. Aquel documento cuya finalidad es publicitaria, con un destino hacia la promoción, venta de bienes o con la publicación de unos determinados servicios.
- Libros. Toda publicación editada por una editorial. Estos libros pueden estar encuadernados o pueden presentarse en fascículos.
- Catálogos. Elemento cuyo destino es la promoción de un servicio o de venta de bienes. Los catálogos deben reunir unos puntos de venta.
- Carta. Medio por el cual se envía un documento en un sobre cerrado, y del cual no tenemos información, ya que esta no se encuentra indiada y tampoco podremos conocerla.
- Publicaciones periódicas. Son aquellos documentos editados periódicamente, y con el mismo título.

Los envíos postales son clasificados en tres bloques bien diferenciados:

- Servicios de envíos certificados. Aquellos servicios que establecen una garantía ante la pérdida, sustracción o rotura del documento. Este presentará un recibo

de envío, y tendrá un coste adicional por parte de la oficina postal.
- Servicios de envíos generales. Aquellos servicios cuya garantía es la normal, sin tener servicio de resguardo o protección de envío, ya que no presenta recibo de envío.
- Servicios de envíos con valor declarado. Aquellos documentos cuyo valor será registrada anteriormente al envío, siendo devuelto el importe por el valor que ha sido asegurado. Prestaciones.

Las prestaciones de estos servicios pueden ser: ordinarios, rápidos y especiales.
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.

## 5 Discusión-Conclusión

El manipular correspondencia hace responsable al celador de su seguridad, cuidado y confidencialidad, siendo importante que nunca abra la correspondencia, que tenga cuidado de no perderla y de entregarla a otra persona que no sea la destinataria, siempre realizando el traslado de manera rápida, con diligencia, orden y seguridad.
Hemos visto que el celador que cumpla sus funciones en la unidad de reprografía del centro hospitalario, deberá hacerse cargo del envió postal de multitud de documentos. Entre ellos se pueden encontrar: cartas, postales, paquetes postales, publicidad, libros, catálogos y publicaciones periódicas (semanales, mensuales, trimestrales, semestrales, anuales, etc.), teniendo siempre en cuenta que deberá conocer como son clasificados los envíos postales y las prestaciones que pueden tener estos servicios postales.
Los celadores, como todas aquellas personas que realizan su trabajo en contacto con los usuarios, establecen una comunicación verbal con éstos. Y deben tener presente el secreto profesional y por ello, su obligación permanente de silencio ante cualquier dato conocido de los pacientes tanto oral como escrito a los que tengan acceso.

# 6 Bibliografía

1. Ley 55, de 16 de diciembre de 2003 del Estatuto Marco del personal estatutario de los servicios de salud.
2. Orden del Ministerio de trabajo de 5 de julio de 1971, estatuto de Personal no Sanitario al servicio de las Instituciones Sanitarias de la Seguridad Social.
3. https://www.formacurae.es/wp-content/uploads/2019/12/tema-12-traslados-de-documentos.pdf
4https://www.sspa.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/sites/default/files/sincfiles/wsasmediamediafile_sasdocumento/2019/celad_cond_lectura_06.pdf
5. www.revistamedica.com

## Capítulo 193

# MANEJO DE MERCANCIAS PESADAS POR PARTE DEL PINCHE DE COCINA EN LA COCINA HOSPITALARIA. RIESGOS Y SU PREVENCION

MARIA LOZANO ALFARO

EMILIO CASTILLO LOZANO

EMILIO CASTILLO ROSA

## 1 Introducción

Uno de los principales factores de riesgo para la salud de un trabajador, concretamente de aquellos que trabajan en cocinas hospitalarias, es el manejo de mercancías pesadas. Esto puede producir graves lesiones, principalmente en la zona lumbar de la región dorsal, que con el paso del tiempo pueden desembocar en serios problemas de salud, llegando a costar una incapacidad al trabajador y una pérdida de su puesto de trabajo.

La manipulación manual de cargas es, según la definición del Real Decreto 487/1997, ”cualquier operación de transporte o sujeción de una carga por parte de uno o varios trabajadores, como el levantamiento, la colocación, el empuje, la tracción o el desplazamiento, que por sus características o condiciones ergonómicas inadecuadas entrañe riesgos, en particular dorsolumbares, para los trabajadores”. El manejo de cargas es una tarea muy frecuente en las cocinas

hospitalarias y es importante conocer cuáles son los riesgos de realizar esta labor de una manera incorrecta, así como conocer cuáles son las formas correctas para poder realizar nuestro trabajo sin necesidad de lesionarnos.
La Constitución Española en su artículo 40.2 establece la necesidad de velar por la seguridad e higiene en el trabajo. Este artículo será desarrollado por la Ley 31/1995, del 8 de Noviembre, de Prevención de Riesgos Laborales. Esta ley transpone la Directiva Europea 89/391/CEE relativa a la aplicación de medidas para promover la mejora de la seguridad y salud de los trabajadores. Toda esta normativa está recogida dentro del Estatuto Marco del personal estatutario de los servicios de Salud (Ley 55/2003 de 16 de Diciembre), que establece en su Capítulo IV Derechos y deberes, Artículo 17, párrafo d): el derecho a recibir una protección eficaz en materia de seguridad y salud en el trabajo, así como riesgos generales en el centro sanitario o derivados del trabajo habitual y la información y formación específica en esta materia conforme a lo dispuesto en la ley de Prevención de Riesgos Laborales. Este derecho constituye así mismo la obligación por parte de los trabajadores de cumplir con las normas relativas a la seguridad y salud en el trabajo, así como las disposiciones adoptadas en el centro sanitario en relación a esta materia.
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 los riesgos sobre el manejo de mercancías pesadas dentro de la cocina hospitalaria.
- Conocer que la mala manipulación de cargas afecta a la salud del personal de las cocinas hospitalarias.
- 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

La manipulación manual de cargas puede producir fatiga física o lesiones como contusiones, cortes, heridas, fracturas y lesiones músculo-esqueléticas en zonas sensibles como son los hombros, brazos, manos y espalda. Es una de las causas más frecuentes de accidentes laborales con un 20-25% del total. La manipulación manual de cargas es una actividad frecuente entre el personal de la cocina hospitalaria, ya que deben encargarse de las labores necesarias para poder cumplir correctamente con sus obligaciones y de este modo atender las necesidades de los pacientes.

Los factores de riesgo en la manipulación de mercancías pesadas, los podríamos agrupar en dos categorías:

1/ Los individuales o intrínsecos de cada persona: Entre los factores de riesgo individuales o intrínsecos debemos destacar la forma física que tenga el trabajador y la ausencia de patologías previas, así como la indumentaria y equipos de protección que utilice para el trabajo de su labor profesional. Un ejemplo claro sería el usar calzado antideslizante ya que un resbalón a la hora de hacer un movimiento con carga puede provocar lesiones importantes.

2/ Los laborales o aquellos que están directamente relacionados con el puesto de trabajo a desempeñar. Los factores laborales son múltiples y variados en función del puesto que se esté desempeñando en ese momento. Destacamos por ejemplo:

- Posturas mantenidas y forzadas.
- Movimientos repetitivos.
- Cargas pesadas y con dimensiones inadecuadas.
- Una deficiente organización del trabajo que impida la alternancia de tareas.

La ergonomía sirve para adaptar el medio de trabajo al trabajador, busca optimizar los elementos del sistema, humanos, maquinaria y ambiente de trabajo creando métodos de las personas, de la técnica y de la institución. Para intentar reducir al mínimo las lesiones producidas por una mala manipulación de cargas

el INSHT (Instituto Nacional de Seguridad y Salud en el Trabajo) recomienda seguir los criterios que proponen en su guía para analizar una posible situación peligrosa. Es importante analizar si los procesos pueden automatizarse o si puedo usarse ayudas mecánicas de este modo evitaremos cargas innecesarias y evitaremos posibles lesiones. Entenderemos como carga todo aquello que pese más de 3 kg, ya que puede ser un riesgo dorsolumbar si la manipulamos en malas condiciones ergonómicas, o más de 25 kg aunque las condiciones ergonómicas sean apropiadas. Algunas de las recomendaciones a tener en cuenta son:

1. La primera de las medidas es evitar la manipulación manual de cargas mediante el uso de equipos para el manejo mecánico de las mismas, como grúas, carretillas elevadoras, etc.
2. Si no es posible evitar la manipulación manual, se deberá actuar sobre las características de la carga para reducir el riesgo a un nivel tolerable:

- El peso de las cargas debe minimizarse y no sobrepasar los 25 kg (15 kg para trabajadores jóvenes, mujeres y mayores).
- La anchura de la carga no debería superar la anchura de los hombros, la altura debería ser inferior a 60 cm y la profundidad es conveniente que no supere los 50 cm, aunque es preferible que no sobrepase los 35 cm.
- El objeto o el recipiente donde se transporta debe disponer de asas con las dimensiones adecuadas para poder introducir cómodamente las manos.

3. También será preciso controlar las condiciones en las que se realiza la manipulación:

- Evitar el levantamiento de cargas a nivel del suelo o por encima de los hombros por ejemplo, mediante el uso de mesas o superficies de altura regulable.
- Habilitar el espacio de trabajo suficiente que haga innecesaria la realización de giros y torsiones del tronco.

4. Las tareas de manipulación manual de cargas deben organizarse de forma que se alternen las operaciones de manipulación con otras tareas más ligeras, como puede ser controlar maquinaria, cumplimentar hojas de trabajo, etc. Cuando no sea posible, se deberían intercalar pausas para permitir la recuperación muscular y prevenir la fatiga física.
5. Los trabajadores deben conocer y aplicar las técnicas de manipulación adecuadas en cada caso para realizar las tareas adoptando posturas correctas y optimizando el esfuerzo.
6. Por último, no deben olvidarse dos recomendaciones importantes:

- La realización de ejercicio físico destinado a fortalecer la musculatura de piernas, espalda y abdomen.
- Seguir una dieta sana y equilibrada.

Si no se puede eliminar el peligro de la manipulación conviene realizar una evaluación de riesgos, por un lado, valorando los tolerables, aquellos que no se necesita mejorar la acción preventiva, pero que se puedan buscar mejores soluciones, y por otro lado los riesgos no tolerables, que serán aquellos en los que las tareas deben rediseñarse aplicando nuevas formas de trabajo. En cuanto a la frecuencia de la manipulación y el transporte de la carga son factores que pueden producir cansancio físico y mayor posibilidad de accidentes, conviene alternar trabajos pesados con otro menos pesado para reducir el riesgo de accidente. La inclinación de la zona lumbar debe ser siempre mínima, intentado en todo momento doblar las rodillas para no sobrecargar la espalda.
Que el personal de cocina, sufra de lesiones, obligándose a coger bajas laborales, supone unos costes económicos y personales muy elevados y es por lo que desde el sistema sanitario se propone fomentar el trabajo saludable, para ello se realizarán cursos de prevención de riesgos laborales y se crearán ambientes de trabajo seguros proporcionando la satisfacción laboral, ya que las instituciones sanitarias tienen la obligación de adoptar las medidas para evitar la mala manipulación manual de cargas mediante el uso de equipos para su manipulación, evaluar los riesgos y elaborar un plan de prevención. Deberán consultar con los trabajadores para saber si las medidas son correctas y establecer controles de la salud de los mismos.

## 5 Discusión-Conclusión

La manipulación manual de cargas trae grandes riesgos físicos al trabajador y pérdidas económicas al sistema sanitario si no se toman las medidas correspondientes del caso. El mejor método para evitar riesgos de lesiones, es evitando la manipulación manual de cargas a través de la automatización de la manipulación de cargas, analizando siempre los nuevos riesgos que se puedan generar. Cuando no se puede automatizar es muy necesario realizar la evaluación de los riesgos adoptando alguna metodología para minimizar y controlar los riesgos que ocasiona la manipulación manual de carga, tomando en cuenta siempre el seguimiento de las medidas adoptadas.
Y es que en la cocina hospitalaria existen innumerables riesgos para el trabajador, por lo que la dirección tiene la responsabilidad de garantizar la seguridad del empleado, considerando importantes 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. 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 buena salud y forma física de los trabajadores en la cocina hospitalaria, hace que las instituciones y entidades sanitarias gocen de una mejor atención y asistencia a todos los usuarios, así como también es importante la higiene postural de los mismos, la cual es aplicable a cualquier tipo de trabajo, evitando con ello lesiones y bajas temporales de manera innecesaria.

## 6 Bibliografía

1. https://revistamedica.com/prevencion-riesgos-cocina-hospitalaria/
2. https://www.insst.es/
3. Plataforma Logoss
4. https://www.quironprevencion.com/blogs/es/prevenidos/manipulacion-cargas-riesgos-medidas-preventivasLey
31/1995, de 8 de noviembre, de Prevención de Riesgos Laborales.
5. Temario pinche parte específica. Editorial MAD.

## Capítulo 194

# PRINCIPIOS DE LA COCINA CENTRALIZADA. PINCHE DE COCINA Y LA DEFINICION DE MARCHA ADELANTE

EMILIO CASTILLO ROSA

EMILIO CASTILLO LOZANO

MARIA LOZANO ALFARO

## 1 Introducción

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.

Con la denominación de cocina centralizada nos referimos al sistema por el cual la elaboración, emplatado y distribución de los alimentos se realiza en la cocina

central. De esta manera, se elimina el paso de los alimentos por los offices consiguiéndose, por tanto, que la comida llegue a los pacientes en mejores condiciones tanto de presentación como de temperatura. El trabajo en la cocina centralizada se debe desarrollar atendiendo a los principios de separación de zonas, circuitos recorridos cortos y marcha adelante. Estos principios determinarán la organización de las instalaciones de cocina.
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. La concienciación de la finalidad y la vinculación a las distintas funciones junto con la sensación de utilidad y reconocimiento son vitales. De esta manera se acrecienta el interés y la motivación de los estos trabajadores de las instituciones sanitarias.

## 2 Objetivos

- Definir los principios básicos y específicos de la cocina centralizada y sus ventajas.
- Demostrar la importancia de la colaboración de todas las partes implicadas, especialmente de los pinches, para proporcionar la seguridad alimentaria a los pacientes, a través de protocolos exhaustivos.

## 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

Es imprescindible concienciar al personal de servicio de cocina sobre los riesgos de las contaminaciones en alimentos pudiendo la ingestión de agentes patógenos por parte de los pacientes comprometer su recuperación e incluso agravar su estado. En efecto, el llevar a cabo una gran variedad de actividades en la cocina

implica un riesgo elevado de contaminación de los alimentos, concretamente de contaminación cruzada, un concepto muy importante en materia de inocuidad alimentaria. Dicha contaminación cruzada se produce cuando hay transferencia de microorganismos, alérgenos, contaminantes químicos o de un cuerpo extraño (de una persona, objeto o producto alimenticio) hacia un alimento sano. Este paso de contaminantes de un alimento a otro puede producirse a través de una superficie que no es la de un alimento, por ejemplo, la superficie de la cocina, los utensilios o las propias manos del personal y puede ocurrir en cualquier momento del proceso de manipulación de los alimentos (desde su recepción hasta el emplatado del producto). El riesgo es particularmente significativo cuando los microorganismos se propagan desde alimentos crudos (carne, pescado, huevos, frutas y verduras frescas) a alimentos ya preparados (ensaladas, sándwiches).

Es por ello que los responsables del servicio de cocina hospitalaria disponen de un sistema de APPCC que identifica, evalúa y controla los peligros significativos en materia de seguridad e higiene alimentaria. Uno de los principios estrechamente ligado a dicho sistema es el de "marcha hacia adelante". A continuación se especifican los principios específicos de la cocina centralizada:

1/ Separación de zonas de trabajo: es necesaria la separación de las zonas de trabajo donde se realizan distintas operaciones para evitar que unos alimentos se contaminen con otros. Cada una de estas zonas tendrá utensilios y maquinaria exclusiva, que no se usarán en otras zonas ni para otras tareas distintas a aquellas para las que fueron destinadas.
2/ Circuitos cortos: habrá siempre un orden a seguir en cada una de las operaciones, y elegiremos para hacerlo el camino más corto. Así disminuyen las posibilidades de contaminación.
3/ Marcha adelante: el concepto de marcha adelante constituye un sistema de organización que obliga a que todas las tareas realizadas en la unidad de cocina se hagan por orden, en un sentido de avance a través de las distintas zonas de trabajo y siguiendo los caminos más cortos posibles. Implica la necesidad de distribuir los locales que constituyen la cocina siguiendo el orden de trabajo que se efectúa sobre los alimentos. Con ello se consigue evitar, por un lado, que se crucen zonas de productos "sucios" con otras zonas "limpias". Y por otro, que el alimento pueda "retroceder", es decir, una vez alcanzado determinado nivel en su preparación no debe ser trabajado en una zona destinada a productos en fase anterior.

En la cocina centralizada, deben existir una serie de principios generales en los cuales se deben basar las funciones que cada persona tenga asignadas:

1. Espacio suficiente para la actividad a realizar y para la circulación de equipamiento móvil.
2. Suelos antideslizantes con inclinación hacia los sumideros para evitar acumulación de agua.
3. Uso exclusivo, alejamiento y aislamiento de los locales de cocina de cualquier fuente de contaminación.
4. Distribución de equipos de manera que se facilite el acceso para su limpieza y desinfección.
5. Fácil acceso desde la zona de recepción de materias primas a cocina y de esta a zona de distribución.
6. Superficies recubiertas de materiales inocuos, resistentes, no porosos ni corrosivos y lavables.
7. Ventilaciones con sistema de renovación de aire. Se garantizarán flujos de aire que vayan de ”zonas limpias” hacia ”zonas sucias”.
8. Las tuberías y conductos de aire no estarán a la vista para evitar suciedad, las uniones de paramentos serán redondeadas para mejor limpieza.
9. Habrá lavados suficientes, con sistema de accionamiento con pedal preferentemente, para facilitar el lavado higiénico de manos.
10. Los vestuarios de personal se situarán en zonas anexas a los locales donde se manipulen alimentos y los lavados higiénicos no tendrán acceso directo a dichas zonas.

Las ventajas del sistema centralizado podemos resumirlas en las siguientes:
1/ Se produce un considerable ahorro de materia prima, pues la comida ya sale de la cocina central en raciones exactas.
2/ Se consigue una mayor higiene de los alimentos, ya que estos salen de la cocina totalmente tapados con lo cual no están expuestos a factores ambientales externos, ni a manipulaciones posteriores.
3/ La presentación de los alimentos es mejor, así como su calidad, ya que se evita que puedan enfriarse o resecarse. Los carros que la transportan son ligeros y no se precisa utilizar bandejas isotérmicas para conservar la temperatura.
4/Al no necesitarse carros térmicos se favorece la seguridad del personal, pues estos pueden ocasionar accidentes laborales si no se manejan adecuadamente.
5/ La distribución de la comida puede realizarse a lugares separados y distantes.
6/ El ahorro en mano de obra también es un dato a tener en cuenta, pues con el sistema de cocina centralizada se elimina la necesidad de necesitar personal en los distintos offices para llevar a cabo el emplatado de los alimentos.

## 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, asi como también los importante las ventajas del sistema centralizado, todo ello para ganar fluidez y evitar la tan temida contaminación cruzada.

En las cocinas de los centros hospitalarios es imprescindible y de obligatorio cumplimiento que exista un plan de higiene alimentario que garantice el bienestar de los pacientes que allí deben de satisfacer sus necesidades nutricionales sin que estos alimentos les puedan producir más daño que las circunstancias que allí les han llevado. Todo ello debe de ser supervisado de manera interna por los propios trabajadores que compongan el equipo de trabajo y también a través de inspecciones periódicas para garantizar una buena alimentación de los pacientes que reduzca su estancia o beneficie la evolución favorable en lo que se refiere a bienestar alimentario, proporcionando, de manera personalizada, una dieta beneficiosa para su pronta recuperación.

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. Servicio de salud del principado de asturias. SESPA. Pinche. Editorial MAD
2. Plataforma Logoss .
3. Temario pinche parte específica. Editorial MAD.
4. Cocina y oficios (gesdocisciii.es)

## Capítulo 195

# ROL DE PINCHE EN LA PREVENCION DE LA CONTAMINACION DE ALIMENTOS

EMILIO CASTILLO ROSA

EMILIO CASTILLO LOZANO

MARIA LOZANO ALFARO

## 1 Introducción

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 sus funciones están directamente relacionadas con el buen funcionamiento y la calidad del servicio. La función principal del pinche es proporcionar alimentos que sean seguros para los enfermos hospitalizados y participar en la elaboración de una dieta que sea equilibrada a los pacientes, para evitar una desnutrición.

Entre las tareas que debe realizar el pinche en cocina están las de ayudar al cocinero en la preparación de los platos. Esto implica entre otras cosas el limpiar y cortar verduras y otros alimentos, así como ayudar en la descarga de suministros o en el desplazamiento de ingredientes desde el local de almacenamiento a la cocina, lo cual implica un contacto directo con los alimentos, por lo que es importante efectuar esta pequeña clasificación de normativas, hábitos y costumbres en correspondencia al almacenaje y manipulación de alimentos, para así evitar

la contaminación de los mismos. Además el pinche tiene que velar por una correcta conservación de los productos, debe ayudar a que todos los alimentos se encuentren en el mejor estado posible.
Un alimento alterado es aquel que ha sufrido deterioro en sus características organolépticas, composición intrínseca y/o en su valor nutritivo, debido a causas físicas, químicas y/o microbiológicas o derivadas de los tratamientos tecnológicos a los que ha sido sometido el alimento. Los factores de riesgo de alteración en la composición de los alimentos como mohos, bacterias etc, no actúan aislados también influye como el pinche realiza el almacenamiento y mantenimiento y cuanto tiempo se tarda en consumir ese elemento. Y es que como sabemos, en la cocina hospitalaria debe de estar todo con mucha limpieza y libre de virus, bacterias y artrópodos, todo para evitar que llegue a contaminar la alimentación almacenada. Y es que desde que se recoge el alimento en la cosecha o granjas hasta que llega a manos del pinche, pasa por diferentes etapas: el recolector, trasportista, el proveedor etc. y esto puede llegar a provocar una alteración en la conservación del alimento.
El Código Alimentario Español define alimento alterado como aquel que, durante su obtención, preparación, manipulación, transporte, almacenamiento o tenencia, y por causas no provocadas deliberadamente, sufre variaciones en sus caracteres organolépticos, composición química o valor nutritivo de tal forma que la aptitud para el consumo queda anulada o disminuida, aunque permanezca inocuo. Las inspecciones suelen ser sin previo aviso para valorar si la cocina está en perfectas condiciones es para seguir dispensando las comidas para los pacientes de la hospitalización.

## 2 Objetivos

- Definir que es la contaminación cruzada, que la produce y como evitarla.
- Demostrar la importancia de la colaboración de los pinches, para proporcionar la seguridad alimentaria a los pacientes, a través de protocolos exhaustivos.
- Exponer la relevancia de la higiene en las cocinas hospitalarias y su regulación normativa.

## 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 sis-

temática 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 Pinche deberá formarse de forma que conozca todos los alimentos y normas de conservación y como poder colocar de manera que no se mezclen los sabores ni los olores, para ello se le exige realizar un curso de manipulador de alimentos. Además también realiza la colocación adecuada en la llegada de la alimentación ya que el transportista lo dejara embalado y el pinche tendrá que colocar de forma adecuada los alimentos que acaban de llegar y siempre se mirar la fecha de caducidad ya según esta serán consumidos la que este más próxima a caducar. Deberá comprobar que el estante o el armario donde se va a colocar este limpio y en perfectas condiciones.

El pinche seguirá las instrucciones del cocinero/a de forma que se considera de esta forma el ayudante de este, también deberá notificar a su superior si algún alimento ha llegado en malas condiciones para registrarlo y que no se ponga peor en el almacén. De esta forma el proveedor de los alimentos deber sustituir estos alimentos inmediatamente sin coste alguno.

Es fundamental, la higiene personal como la adecuada vestimenta, el no llevar abalorios para la correcta manipulación, y trabajar bajo el seguimiento de la gobernanta y cocineros en su caso, además trabaja siempre bajo la supervisión del cocinero.

Los factores que pueden llegar a alterar la composición de el alimento e influir a su vez con la nutrición van a ser tipo fisiológico, perdida de agua por ejemplo la deshidratación, secos o humedecidos con lo cual se inutiliza ya el alimento. En la congelación, en el momento que en la dieta que se va a realizar se incluye algún alimento congelado debe de mantenerlo fuera del congelador un tiempo adecuado para que la descongelación no produzca efectos secundarios en la preparación del plato. Refiriéndonos al almacén, debe de haber una temperatura adecuada ni frio ni calor ya que puede estropear las frutas, o alimentos que no soportan el calor. En cuanto a los factores químicos puede aparecer la oxidación por dejar algún alimento sin envoltorio o sin cubrir con lo que se estropea y produce la oxidación. En los factores biológicos encontramos crecimiento y actividad metabólica de bacterias, levaduras y hongos (fermentación y la putrefacción), acción de insectos, roedores, aves y otros animales.

El alimento es, por sus factores intrínsecos, un caldo de cultivo ideal para el crec-

imiento de microorganismos. La presencia de determinados agentes microbianos, unida a condiciones de manipulación y conservación no adecuadas, puede dar lugar a las llamadas toxiinfecciones alimentarias (TIA). La alta prevalencia de estos cuadros en los últimos años y la incidencia económica del abordaje de éstos, ha llevado a los organismos causantes a crear un marco legal y normativo para asegurar la calidad del alimento y, consecuentemente, evitar repercusiones en el consumidor. Una TIA es una enfermedad causada por microorganismos patógenos que se produce poco después (horas o días) de haber consumido un alimento o una bebida no aptos para el consumo.

El origen del cuadro puede estar en la ingestión de un alimento contaminado con microorganismos que se multiplican y dan lugar a la enfermedad (infección), el consumo de un alimento contaminado por toxinas que se han producido por una proliferación de microorganismos en el sustrato (intoxicación), o bien una combinación de ambas cosas (toxiinfección). El principal factor que interviene en el origen y el desarrollo de la TIA es la falta de higiene.

La higiene alimentaria se ocupa de la manipulación adecuada de los diversos tipos de alimentos y bebidas, de los utensilios y la maquinaria utilizados en su preparación, servicio y consumo, y del cuidado y el tratamiento de los alimentos contaminados por bacterias productoras de intoxicaciones alimentarias que proceden del animal productor del alimento. La prevención es fundamental para evitar la aparición de la contaminación.

En la mayor parte de las TIA el cuadro clínico es básicamente el de una gastroenteritis aguda. El diagnóstico se fundamenta en la sospecha clínica y epidemiológica, siendo el tratamiento evitar la deshidratación, aliviar la fiebre y el malestar general.

En cuanto a las Medidas dietéticas, el estadio agudo del cuadro, se recomienda el consumo de caldo de arroz, zanahoria, cebolla o apio junto con la reposición hídrica. A partir de las 24-48 h se recomienda seguir la dieta con alimentos como arroz hervido, purés, patatas hervidas, pan tostado, pescado blanco hervido, pollo hervido, carne a la plancha, zumos, etc. Es aconsejable evitar los alimentos ricos en fibras, como legumbres secas y vegetales crudos, pastelería, leche de vaca, bebidas excitantes, frutos secos, alcohol y bebidas gaseadas.

En cuanto al Tratamiento farmacológico, en muchos casos, se necesita, además de las medidas anteriores, un tratamiento farmacológico que puede incluir analgésicos, antieméticos, antidiarreicos y antibióticos, que se indicarán según el tipo de germen causante de la toxiinfección.

## 5 Discusión-Conclusión

Como cualquier otro profesional que desarrolle su trabajo en el contexto de la cocina y la alimentación, el pinche hospitalario debe tener en cuenta en todo momento las medidas de seguridad alimentaria. En la cocina hospitalaria, este concepto es aún más importante que en otros ámbitos de la hostelería debido a las circunstancias de los usuarios. El pinche hospitalario debe conocer los riesgos de contaminación de la comida con la que trabaja, así como las acciones que debe poner en práctica para evitarlos o minimizarlos.

En las cocinas de los centros hospitalarios es imprescindible y de obligatorio cumplimiento que exista un plan de higiene alimentario que garantice el bienestar de los pacientes. Todos los hospitales se centran en la mejora de los cuidados y atención de los pacientes que están en ellos, por ello, las tareas de los pinches de cocina es un indicador importante de la satisfacción de los pacientes y parte fundamental en el tratamiento del mismo. El pinche se encarga también de la distribución de la alimentación diaria a cada paciente y por ello se requiere el mantenimiento correcto de las características propias del servicio correspondiente, en lo relativo a los horarios e higiene.

## 6 Bibliografía

1. Decreto 2484/1967, de 21 de septiembre, por el que se aprueba el texto del Código Alimentario Español.
2. Sociedad Española de Nutrición Básica y Aplicada (SENBA). [portal de internet]
3. https://www.elsevier.es/es-revista-offarm-4-articulo-contaminaciones-alimentarias
4. Plataforma Logoss .
5. Libro de oposición a Pinche de cocina, Ed Mad, 2019.

## Capítulo 196

# TRASPASO DEL PACIENTE DE CAMA A CAMILLA CON LA TABLA DE TRANSFERENCIA

ROBERTO MÉNDEZ ALVAREZ

EUSEBIO JESUS NUÑEZ IBAÑEZ

JAIONE HERNÁNDEZ DÍEZ

EVA MARÍA VAREA QUINTANA

## 1 Introducción

Para facilitar el traspaso de los pacientes de una superficie a otra existen en el mercado multitud de modelos usados en residencias y hospitales. Dentro de los hospitales se usa en los servicios de urgencia, Unidad de Cuidados Intensivos y en el bloque quirúrgico con gran asiduidad.

La tabla de transferencia es una herramienta beneficiosa para todo personal sanitario y para los pacientes también, que todo el personal implicado en las movilizaciones del paciente debería saber ejecutar, ya que de no ser así se corren riesgos físicos, tanto para los profesionales como para los pacientes.

¿Qué es una tabla de transferencia? Es una pieza de goma espuma espesa de unos 4 centímetros, unos 2 metros de largo por 60 centímetros de ancho. cubierta alrededor de una lámina de tela plástica de las mismas medidas que facilita el

deslizado del paciente. Hay modelos más pequeños que recogen únicamente la espalda del paciente.

Resulta importante que el personal responsable sepa cómo y cuándo utilizar la tabla de transferencia para proteger al paciente y realizar el traspaso de cama a camilla o viceversa con la mayor comodidad y seguridad posible.

Hemos realizado este estudio para poner énfasis en mejorar la profesionalidad de los implicados en la movilización del paciente con esta herramienta y dar seguridad a los pacientes, mejorando la calidad profesional y asistencial, tanto a profesionales sanitarios como a usuarios del sistema sanitario.

## 2 Objetivos

- Saber cuándo está indicado el uso de la tabla de transferencia y cuando no.
- Conocer a los principales sanitarios implicados en movilización de los pacientes.
- Enseñar el procedimiento de como utilizar la tabla de transferencia.
- Mostrar cuando usar la tabla de transferencia.

## 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 movilización de los pacientes con tabla de transferencia debe estar coordinada por personal sanitario, bien sea por Técnicos en cuidados de enfermería o por enfermería y un celador al menos. El celador debe ayudar a la movilización, siendo responsable de coordinar la transferencia el personal sanitario.

No se debe usar este método de transferencia siempre que por orden facultativa esté contraindicado. Siendo el ejemplo más claro en los de posible lesión medular o cervical del paciente recibido en urgencias o en operación quirúrgicas de espalda.

Se pueden encontrar tablas de transferencia de cuerpo entero o de medio cuerpo. Estas últimas simplemente se introducen entre la espalda y las nalgas, necesitando de un tercer profesional que coja las piernas del paciente y las lleve a su nuevo destino en el momento de traspaso.

Las dos camas o camillas deben estar totalmente juntas en el momento del traspaso del paciente y frenadas, evitando accidentes por movimientos involuntarios de las mismas. Además de la tabla de transferencia será necesario colocarle una media sábana que le cubra totalmente la espalda al paciente y colocarla sobre la tabla.

Posteriormente a la orden del sanitario, el celador con el paciente en supino sobre su cama de origen girará hacia sí al paciente asiendo del hombro y cadera opuestas a él, debe girar entre 30 y 45 grados. En ese momento el otro debe introducir bajo él la tabla de transferencia, asegurando que la sábana sobre ella queda bajo su espalda.

El celador debe depositar al paciente con suavidad sobre la tabla recuperando la posición de supino. Se debe poner las manos del paciente sobre su pecho y el celador deberá deslizar con suavidad y fuerza constante empujando por su hombro y su cadera más cercanos a él sobre la tabla, cuidando que no se pierda ninguna vía venosa, drenaje o sonda.

El personal sanitario debe tirar a la vez de la sábana bajo la espalda del paciente con suavidad y con fuerza constante hasta que lo reciba en la superficie destino. Posteriormente lo girará de nuevo traccionando del hombro y cadera del paciente más alejado a él para que el celador retire la tabla de transferencia bajo el cuerpo de paciente.

El uso de la tabla de transferencia está indicado en pacientes obesos, inconscientes o que no pueden valerse por ellos mismo para realizar el cambio de cama a camilla. Aun siendo válidos, existen otras contraindicaciones que se deben conocer por el personal y se deben transmitir a todo el equipo, como por ejemplo la existencia de lesión cardiaca.

Es imprescindible después del uso con cada paciente la limpieza y desinfección de la tabla de transferencia por el personal de limpieza, colocándola de nuevo en un lugar visible y conocido por todos para su nuevo uso en caso de necesidad.

Comprobar siempre que las dos superficies estén frenadas, asegurar las vías, sondas y drenajes del paciente durante la maniobra de trasferencia, ejecutar la man-

iobra con suavidad y fuerza constante.

## 5 Discusión-Conclusión

Conocer cuando y como usar esta herramienta es fundamental para todo el personal. Facilita la movilidad de los pacientes sin mayor esfuerzo para ellos ni para los profesionales. Además de prevenir lesiones en la región lumbar por exceso de peso, previene la fatiga de los propios pacientes al tener que realizar ellos el cambio.

Entrenar una buena comunicación de los profesionales durante el traspaso del paciente es primordial tanto para coordinar la movilización del paciente como para advertir las contraindicaciones de usar la tabla de transferencia.

Una buena técnica asegura una calidad asistencial superior, percibida por los pacientes y aumenta la moral de los trabajadores al trabajar más cómodamente sin poner en riesgo su salud física. Previniendo lesiones musculo esqueléticas por cargas de peso excesivo.

## 6 Bibliografía

1. https://www.samarit.com/es/productos/samarit-rollbordr/aplicacion/
2. ALVARO TRAMPAL RAMOS, TECNICAS DE MOVILIZACIÓN E INMOVILIZACIÓN Y TRASLADO DEL PACIENTE, ideaspropias Editorial
3. SANTIAGO PEDRO RAMIREZ PLAZA, MOVILIZACIÓN DEL PACIENTE, EDITORIAL VERTICE

## Capítulo 197

# PERSONAL ADMINISTRATIVO Y SÍNDROME DE BURNOUT

BEATRIZ HERNÁNDEZ ÁLVAREZ

## 1 Introducción

El Burnout o síndrome de agotamiento profesional se puede definir como un trastorno que altera las facultades físicas, emocionales y psíquicas en el comportamiento de manera progresiva. Aunque los términos son parecidos a los de una depresión, no debemos confundirlo ya que el síndrome de burnout se produce como consecuencia del estrés laboral crónico causado por un agotamiento emocional característico de trabajos en los que se presta atención al público, en este caso el personal administrativo en Sanidad.

La profesión en la que desarrollamos nuestro trabajo día a día contribuye a nuestro desarrollo personal, pero si por diversos motivos en el trabajo ya no estamos a gusto y no tenemos capacidad de decisión, puede alterar nuestra capacidad de concentración en las tareas y hacer que nos sintamos poco o nada valorados.

En el sector sanitario el personal administrativo, sobre todo el que realiza sus funciones en atención al paciente o usuario conviven a diario con situaciones que derivan en estrés, que si no son atendidos con tiempo pueden provocar lo que se conoce como síndrome de burnout.
Este síndrome se incluye entre los principales problemas de salud mental y el anticipo a otras patologías derivadas de la carencia de medidas de prevención.

## 2 Objetivos

Indicar los síntomas de este síndrome.
Identificar las causas que ocasionan la aparición del síndrome de burnout en los profesionales administrativos del ámbito sanitario.
Establecer medidas preventivas necesarias para evitar el desarrollo del síndrome.

## 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 burnout es un síndrome conceptualizado como resultado del estrés crónico en el lugar de trabajo que no ha sido gestionado con éxito", define la Organización Mundial de la Salud (OMS), la enfermedad, bajo el código QD85.
Esta enfermedad ya está incluida en la Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas de Salud Conexos (CIE-11) y su entrada en vigor fue el 1 de enero de 2022, según determinó la propia OMS.

Como he mencionado en la introducción se define el Síndrome de Burnout como el síndrome de desgaste profesional, como estado de agotamiento mental, emocional y físico derivado de exigencias agobiantes, insatisfacción laboral y estrés en el trabajo, en este caso en las tareas del auxiliar administrativo en Sanidad, especialmente los que desarrollan sus tareas en Atención al Público.

Cuando una persona en su trabajo se siente agotada todos los días, insatisfecha y desmotivada, puede ser causa de éste síndrome.

Diversos efectos del Síndrome de Burnout:

• Dolores de cabeza, migrañas, dolor de espalda.
• Trastornos del sueño con necesidad de medicación para dormir.
• Dificultad de concentración causada por mala calidad del sueño, falta de sueño y estrés.

• Problemas digestivos: náuseas, diarreas.
• Problemas cardiacos: taquicardias, tensión alta.
• Problemas dermatológicos: infecciones cutáneas, eczemas.
• Adicciones: trastornos alimentarios, tabaco, alcohol, medicamentos.
• Cansancio físico y emocional, fatiga, desgaste.
• Irritabilidad, indiferencia, actitud negativa hacia los demás.
• Falta de realización personal: baja productividad, desmotivación.
• Aislamiento del entorno social y familiar.

Identificar las Causas:

El agotamiento profesional del personal administrativo en el ámbito sanitario viene causado por numerosas causas:

• Sobrecarga de tareas por falta de personal. En la época actual que estamos viviendo con una Pandemia, es en este sector en especial dónde se vive la sobrecarga de trabajo.
• Tensión en el ambiente Laboral provocada por la presión derivada de las tareas del trabajo.
• Decepción antes las expectativas del puesto de trabajo.
• Conflictos en el entorno laboral.
• Falta de reconocimiento, motivación.
• Estrés a causa de cansancio emocional, sensación de no poder dar de sí mismo a los demás.

Medidas preventivas a aplicar:

• La primera medida es detectar y conseguir que la persona que presenta varios de estos síntomas derivados de su trabajo acepte que puede estar sufriendo el síndrome de burnout.
• Evaluar las causas que generan el estrés y la ansiedad en el trabajador y tomar las decisiones para aplicar las medidas adecuadas para intentar reducir el problema.
• Una vez evaluadas las causas que generan el estrés al trabajador la institución mediante los profesionales de Prevención de Riesgos deben aplicar medidas para conseguir reducir el problema. Para ello, debe mejorar la organización del trabajo y proveer de las herramientas necesarias para que el trabajador pueda realizar sus tareas de forma adecuada y no suponga una sobrecarga laboral, en el caso que éste sea el problema.

• Facilitar y dar flexibilidad en los horarios de trabajo y turnos.
• Deberá mediar en caso de conflicto en el entorno laboral, fomentando un buen ambiente laboral fomentando el trabajo en equipo.
• Realizar pequeños descansos durante la jornada laboral.

Por otra parte, los profesionales de la salud recomiendan a los trabajadores que cambien sus expectativas que tienen en el trabajo, sin renunciar a sus aspiraciones, sino buscando un punto intermedio que se ajuste más a la realidad del entorno laboral que está viviendo y sacar de esa situación una oportunidad para aprender y quizás crecer en otros ámbitos profesionales diferentes a los que se había marcado o propuesto inicialmente.

También les recomiendan diversas técnicas tales como:

• La práctica de técnicas de relajación individual o en grupo.
• Técnicas de control de respiración.
• Técnicas de relajación mental.
• Entrenamiento asertivo: con esta técnica se desarrolla la autoestima y se evita la reacción de los efectos del síndrome del Burnout. Se trata de adiestrar a la persona para que consiga conducirse de forma asertiva, que consiste en conseguir una mayor capacidad para expresar los sentimientos, deseos y necesidades de manera libre, clara ante los demás y dirigida al logro de sus objetivos, respetando siempre el puntos de vista del otro.
• Entrenamiento en habilidades sociales.
• Técnicas de solución de problemas.
• Mantener hábitos de vida saludables.

## 5 Discusión-Conclusión

Es importante tanto para los trabajadores como para las instituciones identificar los riesgos y las causas derivados de los trabajos de los auxiliares administrativos que prestan sus funciones en centros sanitarios, haciendo especial atención a los que prestan servicios de atención al público, puesto que las consecuencias para la salud ocasionadas por estos tienen un gran alcance, no sólo para los trabajadores, sino para el conjunto de la sociedad.
Es fundamental la prevención de este tipo de enfermedades laborales para la mejora de la calidad de vida de los trabajadores y por consiguiente conseguir una mejor calidad en los servicios que prestan a los usuarios del sistema de salud.

## 6 Bibliografía

1. OMC Organización Médica Colegial de España.
2. Consultas Técnicas en Prevencionfremap.es
3. Portal Salud MAPFRE.
4. www.semana.com

## Capítulo 198

# PREVENCIÓN DE RIESGOS LABORALES DEL PERSONAL ADMINISTRATIVO EN OFICINAS Y DESPACHOS

BEATRIZ HERNÁNDEZ ÁLVAREZ

## 1 Introducción

Entendemos por Prevención de Riesgos laborales el conjunto de actividades o medidas adoptadas o previstas en todas las fases de actividad de un entorno laboral con el fin de evitar o disminuir los riesgos derivados del trabajo. El riesgo laboral es la posibilidad de que un trabajador sufra un determinado daño derivado del trabajo. Se consideran daños derivados del trabajo enfermedades o lesiones sufridas con ocasión o motivo del trabajo.

La prevención de riesgos en el trabajo constituye las medidas adoptadas para conseguir un medio ambiente laboral adecuado, con unas condiciones justas, donde el trabajador además de desarrollar sus funciones con dignidad le sea posible su participación en la mejora de las condiciones de seguridad y salud.

Con la llegada de nuevas tecnologías en las oficinas se pasan muchas horas delante de pantallas de ordenadores, es por ello que en éste capítulo se mostrarán riesgos y patologías al uso de pantallas y también las condiciones ergonómicas más adecuadas y las medidas preventivas a adoptar por los profesionales administrativos. También se tratará otros riesgos derivados de tareas relacionadas con el puesto de trabajo, como pueden ser lesiones a causa de golpes contra objetos, mobiliario, etc.

La norma marco referencia es la Ley 31/1995, de 8 de noviembre de 1995, de prevención de riesgos laborales.

## 2 Objetivos

Conocer las medidas adecuadas para prevenir los riesgos laborales del personal administrativo en el ámbito sanitario.

## 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 el sector sanitario, como en la mayoría de las empresas hay oficinas y despachos dónde se realizan tareas administrativas que necesitan de soporte escrito o electrónico. Aunque parezca un trabajo limpio y libre de accidentes o seguro, los accidentes también ocurren y también enfermedades derivadas de éste.
Con la llegada de las nuevas tecnologías a las oficinas, el ordenador suele ser la principal herramienta de trabajo y éste se utiliza durante toda la jornada laboral. Con esto quiero hacer visible los riesgos y patologías asociadas al uso de las pantallas de ordenador, las condiciones ergonómicas más adecuadas para la salud, así como otras causas de riesgo derivadas del puesto de trabajo y las medidas preventivas a adoptar por los trabajadores.
La mayoría de los accidentes que se producen en las oficinas producen lesiones tales como esguinces, golpes, torceduras, contusiones, distensiones, fracturas, sin olvidarnos de lesiones musculo esqueléticas debido a posturas forzadas, a movimientos repetitivos, tendinitis, entre otras.

Los trabajadores de oficinas y despachos, están expuestos a varios riesgos:

Caídas y golpes contra objetos:

• Golpes en las piernas por cajones mal cerrados.

• Caída de estanterías sobrecargadas de peso o viejas.
• Tropezones a causa de cables de teléfonos, ordenadores, cajas.
• Caídas por suelos mojados.
• Estos riesgos produce lesiones tales como: luxaciones, fracturas, esguinces, traumatismos superficiales.

Las medidas preventivas que la empresa u organismo deben aplicar son:

• Mantener zonas de paso frecuente despejadas.
• Si el suelo está mojado o hay líquidos derramados avisar al personal responsable para que lo limpie o señalizar la zona.
• Siempre que se use un armario o archivo cerrar siempre las puertas o cajones.
• Archivar el material de oficina y cajas de forma estable en estanterías de forma que no queden sobrecargadas ni obstruyan el paso.
• Avisar al personal de mantenimiento si observamos algún mueble o estantería en mal estado.
• Canalizar todo el cableado de teléfonos, ordenadores e instalaciones eléctricas.

Posturas y movimientos adoptados en el tiempo:
Estar continuamente sentado y durante mucho tiempo no solo trae consecuencias para la circulación sanguínea sino que también puede producir problemas musculo esqueléticos. El estar sentado muchas horas y de forma repetitiva en el tiempo hace que tomemos posiciones incorrectas y eso derive en problemas de cervicales, brazos, espalda, derivando también todo en problemas de salud.
El uso del ordenador implica que esos movimientos sean repetitivos en el tiempo.
Las medidas preventivas que se deberían aplicar son:

• Organizar el espacio de trabajo de manera que todos los elementos y accesorios que vamos a utilizar los tengamos al alcance de la mano.
• Evitar un mal hábito muy utilizado en la oficina que es cuándo se habla por teléfono sujetar el auricular entre el hombro y la oreja. Debemos evitar eso.
• Alternar actividades que nos obliguen a cambiar de postura, así se conseguirá no cansar a los músculos que si no estarían haciendo los mismos movimientos durante horas.
• Regular la silla de oficina de manera que los brazos estén apoyados en la mesa y pegados al cuerpo formando un ángulo recto con el antebrazo y que los muslos estén en posición horizontal con los pies en el suelo o apoyados en un reposapiés. Debemos también ajustar el respaldo de la silla de forma que en la cadera forme ángulo recto entre el tronco y los muslos. La espalda debe estar bien apoyada en el respaldo.

• Es importante la posición del teclado. Se recomienda que se mantengan los brazos doblados por el codo, en un ángulo de 90º, con la espalda recta y los hombros relajados, brazos apoyados siempre en la mesa.
• El uso continuado del ratón obliga al trabajador a estar mucho tiempo forzando posturas de muñeca. Para evitar daños en la muñeca, la mano y la muñeca deben estar rectas sobre el ratón, el codo deber formar ángulo recto y el brazo descansando sobre la mesa, por lo que debe de haber un espacio mínimo de 10 cm. Sobre la mesa, desde el teclado hasta el borde de la mesa para apoyar brazos y manos.
El uso de un reposa-muñecas puede ayudar a mantener la muñeca recta.
• El trabajador debe estar bien sentado, con la espalda recta pegada al respaldo y evitar sentarse en el borde de la silla.
• El uso de un reposapiés permite que descansen las piernas y así poder descargar el peso de las caderas en la posición de sentado. Sería necesario intercalar la posición de pies en el reposapiés con el suelo.
• Evitar cruzar las piernas ya que esa postura genera tensión en la espalda.
• Evitar estar más de dos horas seguidas sentado. Se recomienda caminar de vez en cuando para activar la circulación sanguínea.

Fatiga visual:

Se pasa muchas horas trabajando con la pantalla del ordenador y con la lectura y realización de documentos y como consecuencia un riesgo de fatiga visual. Los riesgos son los siguientes:

• Iluminación insuficiente o excesiva del puesto de trabajo que obliga a fijar la vista más.
• Brillo de pantalla mal ajustado.
• Reflejos de exteriores, ventanas, muebles que se reflejan en la pantalla.
• Altura de la pantalla mal colocada.

Las medidas preventivas a aplicar deberían de ser:

• Evitar reflejos o deslumbramientos en la pantalla colocando la pantalla de manera que la fuente de luz de por un lateral y no de frente.
• Acomodar la pantalla de manera adecuada. Regular la posición de la pantalla de forma que la vista coincida con el borde superior de la pantalla, quedando la misma más o menos por debajo de los ojos, y a una distancia aproximada de 50 cm.

• Para evitar fatiga visual forzando la vista hay que ajustar el tamaño de los caracteres para leer con facilidad.
• De vez en cuando hacer un ejercicio visual. Alternar lectura en pantalla que es una distancia corta con miradas a larga distancia, mirar un objeto lejano. Esto ayuda a relajar la musculatura que da movilidad a los ojos. Parar un momento y cerrar los ojos unos minutos y volver a abrirlos, es también un buen ejercicio para la vista.

Ruido ambiental en la oficina:

El ruido es un contaminante físico al que un trabajador puede estar expuesto a lo largo de su vida laboral. El ruido impide la concentración a la hora de realizar las tareas. Los ruidos suelen ser producidos por los teléfonos, fax, impresoras, conversaciones sobre todo en lugares de trabajo administrativo con atención al público.

Las medidas preventivas a aplicar deberían ser:

• Dependiendo del puesto de trabajo se podría dividir las zonas de trabajo aislados de cualquier ruido, ayudando así a la concentración.

La calidad del aire y temperatura:

La buena condición climática en la oficina previene daños de salud a los trabajadores en una oficina ya que constituye un factor importante en el buen desarrollo del trabajo y la salud.

Las medidas preventivas a aplicar deberían de ser:

• Colocar persianas o cortinas de láminas verticales para evitar la entrada de calor.
• Evitar entradas de frio cerrando o sellando entradas de aire.
• Sería recomendable que el propio trabajador pudiese regular de forma local sus condiciones de temperatura y humedad. Temperatura aconsejable en verano 23-26º. Temperatura aconsejable en invierno 20-24º. Humedad relativa 45-65%.

## 5 Discusión-Conclusión

Cierto es que el trabajo en oficinas no presenta riesgos tan graves como en otros sectores, pero si presenta otro tipo de riesgos para la salud que conviene detectar. Suelen ser trastornos de tipo musculo esquelético, como dolor de cuello, es-

palda, de cabeza. Fatiga visual, irritación ocular, falta de motivación, estrés. Estos trastornos derivan del uso continuado de ordenadores, exposición ambiental a ruidos, mala iluminación, mobiliario inadecuado. Una buena elección de todos estos elementos influye positivamente en la comodidad del trabajador en la oficina y como consecuencia en su rendimiento y salud. Es importante tener en cuenta:

• Diseño de una buena instalación que permita buenas condiciones ambientales de trabajo.
• Buena organización de las tareas en la oficina.
• Mobiliario adecuado.
• Formar al trabajador en estas materias y hacerle partícipe.

## 6 Bibliografía

1. Ley 31/1995, de 8 de noviembre, de prevención de riesgos laborales.
FREMAP, manual de seguridad y salud en oficinas.
2. Fauca.org MC Mutual.
3. UGT. Publicaciones de Salud Laboral en Oficinas.

## Capítulo 199

# LA SALUD PSICOSOCIAL DE LAS PERSONAS VULNERABLES EN PANDEMIA. LA INTERVENCIÓN DEL TRABAJADOR SOCIAL A NIVEL INDIVIDUAL EN EL ASPECTO PSICOSOCIAL

MYRIAM JEANNETH PAUCAR PAUCAR

PIEDAD YOLANDA PAUCAR PAUCAR

JUAN PÉREZ PALACIOS

MARIA ESTELA LA PARRA SALCEDO

## 1 Introducción

En noviembre del 2019 en Whan China empezó un virus que fue denominado como COVID-19 y el 11 de marzo del 2020 la OMS declaró la pandemia por COVID-19, hoy conocida como SARS-CoV-2, afectando gravemente en la salud de la población mundial. (Barrera-Jay, Zulma, 2020)

Causando un alto número de contagios y muertes, afectando en lo económico, poniendo en riesgo a nivel psicosocial sobretodo gravemente a personas de escasos recursos, viviendo en condiciones precarias, El aislamiento, confinamineto, cuarentenas han imposibilitado que puedan continuar las redes sociales de apoyo

como antes, perdiendo el soporte emocional y material que había antes de todo esto. (Leiva, Nazar, Martínez-Sanguinetti, Peterman-Rocha, Ricchezza y Celis-Morales, 2020). (Leviz et al. (2020)

Las consecuencias de la pandemia conllevan al aislamiento social, exclusión de la atención a las necesidades, pobreza, aumento de la violencia de género, problemas de salud mental y escasa atención, retraso en la atención médica, afectando de una forma acusada en la morbilidad y mortalidad en personas con enfermedades crónica (Torcigliani, Campana, Serasio, Isaia, Senmartin y Salto, 2020). La fundación FOESA en su VIII informe cifra en 6 millones las personas vulnerables en España y sumados a las ya existentes, dan una cifra de 14.5 millones de personas en estas circunstancias, perjudicado económicamente, laboralmente y en su salud física y psicológica.

La amplia problemática que se presenta en con este panorama, hace que sea necesario la intervención tanto a nivel individual como comunitario, para ello profesionales como los trabajadores sociales pueden prestan su atención en todos estos niveles, para abordar el impacto social y reducir los problemas sociales y personales y psicosociales (Millán –Franco, 2020).

En el presente capítulo de libro se describe opciones que un trabajador social puede realizar para un adecuado manejo psicosocial a nivel individual en pandemia.

## 2 Objetivos

• Explicar formas de manejo psicosocial que el trabajador social puede aplicar a nivel individual en tiempos de pandemia.
• Indicar las actuaciones del trabajador social en la intervención psicosocial en pandemia.

## 3 Metodología

Para elaborar el presente capítulo de libro, se ha llevado a cabo una investigación a través de una revisión bibliográfica sobre estudios de literatura existente sobre trabajo social con personas vulnerables a nivel individual en pandemia. Se ha llevado a cabo mediante la búsqueda de artículos científicos, libros, bases de datos y publicaciones en: Science Direct y Cielo, Google Académico además se utilizaron las palabras clave como COVID-19, pandemia, trabajo social, personas vulnerables, salud mental.

## 4 Resultados

Tras el análisis de varios artículos bibliográficos, encuestas y base de datos se obtuvo noción de las consecuencias psicosociales en las personas vulnerables y se elaboran unas propuestas para una mejor atención en pandemia a nivel individual:

• Entender que las manifestaciones de tristeza y miedo son consecuencias normales de una situación desconocida.
• Realizar una correcta información a través de medios oficiales para no incurrir en la difusión de información no confiable.
• Ayuda humanitaria.
• Atender las necesidades básicas.
• Realizar el acompañamiento y apoyo emocional
• Preservar el cuidado de la salud además del correcto uso de las prescripciones médicas habituales
• Estar alerta para no pasar en alto síntomas persistentes y agudos de ansiedad, tristeza o irritación, o conductas y excesos dañinas para sí mismos.
• Conservar los hábitos y rutinas de cuidado personal, ocio, actividad física, sueño, etc.
• Realizar actividad física además de meditación ya que se ha comprobado que benefician la salud

El profesional ha intervenido desde el inicio de la pandemia en sus diferentes fases aplicando las redes y medios electrónicos, siendo el teléfono un instrumento fundamental ya que a través de este se ha podido realizar. Así la Organización Mundial de la Salud propone varios ítems a realizar como: la evaluación de las necesidades en salud mental, priorizar las necesidades inmediatas, apoyo psicológico, dirigir el adecuado uso de recursos, detectar los casos con psicopatía y atención de los mismos (Cristóbal yMorán-Carrillo, 2020)

## 5 Discusión-Conclusión

La pandemia ha agravado más la problemática que llevan las personas vulnerables, viéndose agravar su situación laboral, económico, social, afectando todo esto a la salud no solo física sino también psicológica.

Este tipo de personas han tenido que acudir a diferentes lugares y hablar con los profesionales para poder mejorar su situación. Uno de los grupos de profesionales que han prestado sus servicios en el aspecto social, económico y también para solicitar la intervención psicológica es el trabajador social, el cual ha tenido que

cambiar y/o adaptar su forma de intervención en tiempos de pandemia, creando nuevas pautas de intervención para mejorar o mantener una adecuada salud psicológica principalmente de las personas atendidas ayudando también estas pautas a los profesionales ya que estas circunstancias afectan a todas las personas, además de utilizar unos adecuados ítems para realizar una correcta actuación en tiempos de pandemia..

## 6 Bibliografía

Barrera-Jay, Z. L. (2020). El diagnóstico imagenológico en la atención al paciente con infección por SARS-CoV-2. Revista Información Científica, 99(6), 596-608.
Cristóbal, J. P., & Morán-Carrillo, J. M. (2020). Intervención psicosocial desde el trabajo social sanitario. El apoyo telefónico durante la pandemia Covid 19, una aproximación teórico-práctica. Servicios sociales y política social, (1), 31-42
Leiva, A. M., Nazar, G., Martínez-Sangüinetti, M. A., Petermann-Rocha, F., Ricchezza, J., & Celis-Morales, C. (2020). Dimensión psicosocial de la pandemia: la otra cara del covid-19. Ciencia y enfermería, 26.
Millán-Franco, M. (2020). Trabajo Social y COVID-19. Un análisis de las consecuencias sociales y sus implicaciones para la intervención social con colectivos vulnerables. In R. Rivera.(Presidencia). Congreso internacional virtual sobre Trabajo Social. Consecuencias psicológicas, sociales, políticas y económicas. EUMED, Méjico. https://www. eumed. net/actas/20/covid/17-trabajo-social-y-covid-19-un-ana-lisis-de-lasconsecuencias-sociales. pdf.
Torcigliani, I., Campana, M., Serasio, S., Isaia, M., Senmartin, D., & Oliva Salto, M. G. (2020). Tiempos de pandemia:¿ nuevas demandas al Trabajo Social con personas mayores?.

## Capítulo 200

# EL TELEFONISTA , RIESGOS LABORALES DETERMINADOS Y MEDIDAS DE PROTECCIÓN

MARIA CARMEN ALFARO LÓPEZ

RUFINA MATOQUE CERRO

MARIA JESÚS MARTÍNEZ CASTAÑO

GEMA BUITRAGO BUITRAGO

ANA ISABEL DEL SOTO RUIZ

## 1 Introducción

En cada una de las labores diarias del telefonista como por ejemplo responder o contestar al teléfono ,manejar pcs, interacción con el cliente ..tienen la posibilidad de generarse diversos tipos de peligros que repercutieran a :

-La estabilidad :dichos riesgos estarán relacionados con con la utilización de determinadas maquinas o con el espacio donde trabajamos los cuales tienen la posibilidad de dar lugar a accidentes laborales

-La limpieza: peligros higiénicos asociados primordialmente a la existencia de contaminantes biológicos o a la existencia o exposición de productos químicos o radiaciones

-La ergonomía o psicosociología: asociado a las tares que involucran o conllevan esfuerzo físico desproporcionado como manejar cargas pesadas ,hacer movimientos repetitivos.

Los diversos tipos de peligros que puede padecer un telefonista en su entorno laboral afectaran a 3 grandes componentes k acabamos de explicar que a la vez en estos 3 factores mas adelantes enumeraremos los tipos de peligro que tienen la posibilidad de padecer.
De todos aquellos riesgos que mas adelante expondremos ,podríamos mencionar que los mas significativos y mas regulados serian esos que derivan de la implementación de pantallas de visualización de datos (PVD)
Además observaremos las distintas medidas de protección que podríamos instaurar para prevenir toda clase de accidentes laborales ,siendo tanto medidas de protección individuales como colectivas.

## 2 Objetivos

-Conocer los riesgos o accidentes mas comunes que podemos sufrir en nuestro entorno laboral
-Indicar pautas para prevenir o evitar estos tipos de riesgos mediante medidas idóneas o correctas para no sufrir accidentes en nuestro puesto de trabajo

## 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 del ámbito laboral de un telefonista hay peligros de poder padecer cualquier tipo de infortunio, veamos cuales serian los peligros mas usuales a nivel de estabilidad y cuales serian las medidas a insertar para evitar estos padecimientos:
.caidas :si se usan las escaleras realizarlo despacio y hacer uso del pasamanos, limpiar y señalizar derrames de líquidos o humedades ,conservar orden y limpieza en el puesto de trabajo
.contactos eléctricos: no manipular cuadros ni grupos eléctricos ,no sobrecargar las instalación eléctrica, no desconectar artefactos eléctricos tirando del cable ,y

menos con las manos o pies mojados . cortes y contusiones: intentar conservar limpio y ordenado el puesto de trabajo . golpes contra objetos: orden en el trabajo y limpieza ,no juntar mobiliario . sobreesfuerzos: en el momento de agarrar objetos pesados doblar siempre realmente bien las rodillas para ayudarnos a levantarlos .no forzar la espalda.
.incendios o explosión: evitar concentración de papeles ,cajas etcétera..no juntar material o liquido inflamable sin la proteccion correcta.
A nivel de peligros higienicos podríamos mencionar que los mas usuales para el personal telefonista serian:
.sobreexposicion a contaminantes del aire de interiores ,podríamos evitarlo por medio de una ventilación idónea en el sitio de trabajo abriendo ventanas ,limpiando a menudo los conductos del aire etcétera..
.disconfort acustico (ruido),este peligro deberíamos evitarlo por medio de implementación de tapones siempre que le sea viable, manteniendo los terminales telefónicos a un volumen moderado ,hablando con tono suave
.iluminacion deficiente: este riesgo podría solucionarse por el telefonista ajustando el brillo y color de las pantallas que usan o por parte del personal de mantenimiento colocando iluminación correcta en el sector donde desempeñemos nuestra jornada laboral
Y por ultimo y no menos importante hablaremos de los peligros ergonómicos y psicosociología que son los asociados a las labores que involucran esfuerzo físico excesivo.
Los peligros mas usuales serian:
.estres laboral
.sindrome del quemado . heridas musculoesqueléticas . fatiga visual
Para eludir dichos peligros ergonómicos trataremos de no manipular cargas pesadas sin ayudas de compañeros o medios mecánicos ,evitar posturas obligadas o forzadas ,evadir trabajos o movimientos repetitivos, sentarnos den forma idónea frente al ordenador ,tanto regulando silla como manteniendo distancia correcta hacia la pantalla.

## 5 Discusión-Conclusión

Uno de los factores de peligro más significativos de esta ocupación está asociado a las altas exigencias mentales que involucra el trabajo: el conservar una constante atención en la labor, el proceso de procedimiento de la información, el riesgo de cometer errores; y a la necesidad de intentar con el público, que en muchas situaciones comporta recibir un trato ofensivo

Las personas que llevan a cabo estas tareas son los teleoperadores y teleoperadoras. Estos trabajadores, presentes en gran número de actividades tanto sanitarias como bancarias de oficina etc…
Aunque esta profesión aparentemente no parezca que apenas presenta riesgos si que los tiene los cuales pueden tanto psíquicos debido a la gran carga de estrés laboral de llamadas de atención concreta a riesgos físicos como podrían ser desde caídas ,golpes o sobreesfuerzos a riesgo de incendios de problemas visuales de problemas audición e incluso a riesgos de eléctricos por la gran cantidad de aparatos electrónicos con los que un telefonista tiene que trabajar.

## 6 Bibliografía

https://elpais.com
https://www.insst.es
www.vodafone.es
https://www.fauca.org

## Capítulo 201

# ESTUDIO DE LA FIBROMIALGIA POR EL TERAPEUTA OCUPACIONAL

MARIA ELENA LETAMENDÍA PASCUAL

ANA ISABEL BARCO CASASOLA

NURIA CORROCHANO TEJADO

GLORIA GUIRAO BELASTEGUI

MIRIAM LÓPEZ SÁNCHEZ

## 1 Introducción

La fibromialgia es una enfermedad crónica y compleja, de etiología desconocida, caracterizada por la presencia de dolor musculoesquelético generalizado, hiperalgesia y alodinia. Este dolor generalmente se acompaña de fatiga y alteraciones del sueño y, a veces, parestesias, rigidez, cefaleas, ansiedad, depresión, etc. Los síntomas son fluctuantes, a lo largo del tiempo y pueden mejorar o empeorar. El dolor empeora con el frío, la humedad, el ejercicio inadecuado, el estrés y mejora con el calor local.

Esta enfermedad afecta a la esfera biológica, psicológica y social del paciente, mermando su calidad de vida, tanto a nivel personal, familiar y profesional, lo que repercute en la capacidad física, en las relaciones personales y en el trabajo, con un aumento de la incapacidad laboral, utilización de recursos, costes sanitarios y demanda asistencial, sobre todo en las consultas de atención primaria y reumatología.

Es muy importante la implicación de todo el personal sanitario (reumatología, psiquiatría, psicología, Terapeuta Ocupacional, unidad del dolor…) en el abordaje de esta enfermedad, ya que el pronóstico mejora notablemente con la existencia de un diagnóstico precoz. Una vez diagnosticado es imprescindible una anamnesis del paciente para identificar sus necesidades y conseguir los mejores resultados terapéuticos, procurando que la calidad de vida del paciente mejore o se deteriore lo menos posible.

## 2 Objetivos

Conocer las características de la fibromialgia y su implicación en la calidad de vida de los pacientes que la padecen

## 3 Metodología

Se ha realizado una revisión bibliográfica en bases de datos como Pubmed, Scielo, Lilacs y Slsevier, en artículos y publicaciones relacionadas con la fibromialgia utilizando las palabras clave como descriptores: fibromialgia, cuidados de Terapeuta Ocupacional, tratamiento multidisciplinar, dolor crónico y calidad de vida

## 4 Resultados

La fibromialgia figura en el cuadro de enfermedades de la Organización Mundial de la Salud (OMS) desde el año 1992. Según el estudio EPISER, ejecutado por la Sociedad Española de Reumatología en 2000, en la población española adulta se realizó estimación de que la prevalencia de la fibromialgia es del 2,40 %, con un 4,7 % para las mujeres frente a un 0,3 % en hombres, lo que supone una relación mujer/hombre de 21 a 1. En cuanto a la repartición por edad se encuentra un pico de prevalencia en las edades medias de la vida que concuerda con la edad de productividad laboral, aunque puede afectar a pacientes de cualquier edad. La fibromialgia afecta de forma significativa a la capacidad funcional y la calidad de vida, independiente del sexo, , el nivel de estudios y la presencia de comorbilidad o la edad.
Su razón de aparición es desconocida y se identifica por dolor crónico generalizado que se extiende más de tres meses y la existencia de los puntos sensibles o puntos gatillo.

El diagnóstico se basa en la clínica y en la valoración física del paciente. Es conveniente establecer el diagnóstico lo más pronto posible para evitar pruebas diagnósticas innecesarias y tratamientos inadecuados que pueden perjudicar al paciente.
El tratamiento eficaz de la fibromialgia estriba de la correcta utilización de los agentes farmacológicos, aunque resultan más efectivos cuando se mancomunan a otras modalidades terapéuticas, tales como la mediación cognitivo-conductual, el ejercicio físico y de la terapia ocupacional
La fibromialgia tiene un gran impacto sobre la calidad de vida y las acciones motoras. El dolor persistente, el cansancio y poder levantarse por las mañanas son las sintomatologías más afectadas en pacientes afectados con fibromialgia presentando bastantes limitaciones tanto para las actividades básicas de la vida diaria (ABVD) (vestirse, lavarse, ejercicio físico, deambular…) como para las actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD) (comprar, medicación, vida social, cuidado de la casa…) lo que va a perturbar e incidir negativamente en sus relaciones personales, tiempo libre, actividad sexual, trabajo, ocio, y descanso.

## 5 Discusión-Conclusión

El tratamiento de la fibromialgia requiere un enfoque multidisciplinar y el profesional en terapia ocupacional, por su cercanía, accesibilidad y atención integral a la población, tiene un papel muy importante en la detección precoz de la enfermedad, adherencia al tratamiento y educación sanitaria del paciente.
El terapeuta ocupacional mediante la elaboración de planes de intervenciones tiene que establecer una serie de oficiosidades entre las que se puede destacar terapia cognitivo conductual, ejercicio cardiovascular, actividades educativas y sesiones de terapia de apoyo, que ayudan en el manejo del dolor y control de otros síntomas, mejorando la calidad de vida y proporcionando un conocimiento más eficaz de la enfermedad a estos pacientes.

## 6 Bibliografía

1. Dr. Capurro, Marcos, Prof. Dr. Torales, Julio, Univ. García Franco, Oscar. Tendencias actuales en el tratamiento de la fibromialgia
2. VILLANUEVA, V. L. et al. Fibromialgia: diagnóstico y tratamiento. El estado de la cuestión. Rev. Soc. Esp. Dolor [online]. 2004, vol.11, n.7 [citado 2021-05-06], pp.50-63. Disponible en: <http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-80462004000700005&lng=es&nrm=iso>.

ISSN 1134-8046.
3. Fernández Rodríguez S, Argüelles Otero L. Abordaje del paciente con Fibromialgia en Atención Primaria. RqR Terapeuta Ocupacional Comunitaria (Revista SEAPA). 2015 Feb; 3(1): 25-42
4. Guía sobre la fibromialgia de la Sociedad Española de Reumatología. [Consultado el 23 de Junio de 2014]. Disponible en: http://www.ser.es/ArchivosDESCARGABLES/Folletos/24.pdf
5. RODRIGUEZ MUNIZ, R.M.; ORTA GONZALEZ, M.A. y AMASHTA NIETO, L.. Cuidados de Terapeuta Ocupacional a los pacientes con fibromialgia. Enferm. glob. [online]. 2010, n.19 [citado 2021-05-06]. Disponible en: <http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412010000200010&lng=es&nrm=iso>.
ISSN 1695-6141
6. Restrepo JC, Rojas JG. Fibromialgia ¿Qué deben saber y evaluar los profesionales de Terapeuta Ocupacional? Invest Educ Enferm. 2011; 29(2): 305-314.
7. Daniel Ángel García, Ismael Martínez Nicolás, Pedro J. Saturno Hernández. Abordaje clínico de la fibromialgia: síntesis de recomendaciones basadas en la evidencia, una revisión sistemática»

## Capítulo 202

# TERAPIA OCUPACIONAL EN EL TRASTORNO DEL ESPECTRO AUTISTA

NURIA CORROCHANO TEJADO

ANA ISABEL BARCO CASASOLA

MARIA ELENA LETAMENDÍA PASCUAL

GLORIA GUIRAO BELASTEGUI

MIRIAM LÓPEZ SÁNCHEZ

## 1 Introducción

El trastorno del espectro autista ( TEA ) es una enfermedad vinculada con el desarrollo del cerebro que perjudica la manera en la que una persona percibe y socializa con otras personas, lo que deriva en problemas en la interacción social y a la comunicación. En esta enfermedad los patrones de conducta son restringidos y repetitivos. La definición del término " espectro " se refiere a una gran variedad de síntomas y gravedad.

La palabra autismo deriva del griego que significa que actúa sobre uno mismo, y el sufijo – ismo se refiere a proceso patológico. Este trastorno circunscribe afecciones que anteriormente se especulaba que eran independientes, como el autismo, el trastorno desintegrativo infantil, el síndrome de Asperger y un modo no especificado de trastorno generalizado del desarrollo.

Emprende en los primeros años, en la edad infantil y con el paso del tiempo, suscita problemas para relacionarse y poder comunicarse con la sociedad. Los

niños revelan síntomas de autismo en su primer año de vida y ulteriormente pasan por un espacio de regresión establecido entre los 18 y 24 meses de edad, cuando brotan los síntomas de autismo.
Un tratamiento intensivo y anticipado puede crear una gran y beneficiosa diferencia en la vida de los millones de niños con esta afectación, ya que para este trastorno no existe cura.

## 2 Objetivos

Objetivo principal:
- Resumir toda la evidencia científica divulgada al Trastorno del Espectro Autista en los últimos diez años.

Objetivos específicos:
- Observar las causas, condicionantes de riesgo y síntomas primordiales del Trastorno del Espectro Autista.
- Describir el tratamiento sintomático esgrimido en las terapias en el Trastorno del Espectro Autista.

## 3 Metodología

Se realizó una revisión bibliográfica con la búsqueda exhaustiva en las páginas de interés científico-sanitario Pubmed y Medline. Para ello, se usaron como palabras clave: Autismo, Enfermedad mental, Trastorno mental y Tratamiento. Se encontraron 1002 publicaciones, de las cuales fueron seleccionadas finalmente para incluirlas en esta revisión 10.

## 4 Resultados

Lo primordial y esencial del diagnóstico clínico estará basado en la detección temprana de los síntomas para poder abordar un enfoque terapéutico para que este tenga mayor impacto en el afectado. Estas declaraciones pueden comenzar en los primeros meses de su vida, pero el diagnóstico no se emprende a ejecutarse antes de los 24 meses.
Los signos clínicos empiezan a manifestarse anticipadamente incluyendo desde retardo en algunos de los patrones del desarrollo a otros síntomas más subjetivos como la reciprocidad emocional o el contacto visual con las personas con las que se relaciona. El conjunto de estos síntomas puede llegar a un diagnóstico erróneo,

clasificando estos síntomas como trastornos inespecíficos del comportamiento o lenguaje y retraso en el desarrollo.
Las modificaciones que evidencian al niño con autismo están centradas en dos ideas principales:
• Presencia de intereses o actividades muy limitadas que dañan el comportamiento del niño.
• En el lenguaje expresivo y comprensivo tienen una mayor dificultad para poder desempeñar el desarrollo social.
Un niño o un adulto con esta enfermedad puede tener patrones de comportamiento repetitivo y limitados como actividades o intereses, también pueden presentar cualquiera de los siguientes signos:
 Movimientos repetitivos (balancearse, aletear las manos o girar)
 Podrían morderse o golpearse la cabeza.
 Problemas con la coordinación o movimientos singulares.
 Se alteran con el mínimo cambio de rutinas habituales.
 No colabora en juegos de imitación o simulación.
 Más sensibilidad a la luz, el contacto físico y el sonido, pero son impasibles a la temperatura y al dolor.
 El nivel de intensidad o concentración sobre un objeto o actividad son anormales.
Algunos niños que empiezan a madurar con este trastorno del espectro autista se relacionan más con otras personas y presentan menos cambios en el comportamiento.
Generalmente los que tienen una cantidad de problemas menos graves podrán tener en un futuro una vida normal o aparentemente normal. Otro por el contrario persistirá las dificultades relacionadas con el lenguaje o las habilidades para relacionarse socialmente en los años de la adolescencia.
Para el trastorno del espectro autista no existe prevención alguna, pero hoy en día existen tratamientos basados en modelos terapéuticos psicoeducativos, individualizados, estructurados y predecibles. La farmacoterapia es utilizada en algunos casos cuando hay evidencia de algún síntoma objetivo específico (hiperactividad, comportamientos repetitivos…) o alguna condición especial (ansiedad, trastorno del sueño o depresión) para incrementar las distintas intervenciones terapéuticas como pedagógicas.

## 5 Discusión-Conclusión

Según los estudios epidemiológicos de la OMS, elaborados en los últimos 40 años, la prevalencia mundial de este trastorno ha aumentado notablemente. Se calcula que uno de cada 155 niños es diagnosticado con TEA. El trastorno del espectro autista actualmente continúa como un gran reto para los especialistas de las neurociencias, que junto con la investigación genética siguen avanzando para poder dar solución alguna al problema del autismo en los seres humanos.

El personal sanitario utiliza diversos métodos motivacionales y conductuales para poder conseguir unos objetivos de mejoría en la conducta. La educación para la salud es un procedimiento indispensable para poder ofrecer cuidados de calidad, también existen en España, protocolos en los diferentes centros o comunidades autónomas para la atención a la diversidad y concretamente para las personas diagnosticadas de TEA en los que da favoritismo al seguimiento del conjunto de salud mental según cada necesidad.

Los profesionales de la salud se mantienen en una situación privilegiada a la hora de la identificación e intervención de estos casos.

El procedimiento que llevan a cabo los equipos de Atención Primaria a lo largo de la etapa infantil posibilita una visión medianamente normal en el desarrollo del niño y su adaptación. De esta manera una buena organización con el personal de referencia en los ámbitos social y académico junto con la salud mental, facilitará la formación de un plan terapéutico.

## 6 Bibliografía

1. Lord C, Elsabbagh M, Baird G, Veenstra-Vanderweele J. Autism spectrum disorder. Lancet. 2018 Aug 11;392(10146):508-520.

2. Sanchack KE, Thomas CA. Autism Spectrum Disorder: Primary Care Principles. Am Fam Physician. 2016 Dec 15;94(12):972-979.

3. Sharma SR, Gonda X, Tarazi FI. Autism Spectrum Disorder: Classification, diagnosis and therapy. Pharmacol Ther. 2018 Oct;190:91-104.

4. Lord C, Brugha TS, Charman T, Cusack J, Dumas G, Frazier T, Jones EJH, Jones RM, Pickles A, State MW, Taylor JL, Veenstra-VanderWeele J. Autism spectrum disorder. Nat Rev Dis Primers. 2020 Jan 16;6(1):5.

5. Pavăl D. A Dopamine Hypothesis of Autism Spectrum Disorder. Dev Neurosci. 2017;39(5):355-360

6. Loussouarn A, Dozières-Puyravel B, Auvin S. Autistic spectrum disorder and epilepsy: diagnostic challenges. Expert Rev Neurother. 2019 Jun;19(6):579-585.

7. Srikantha P, Mohajeri MH. The Possible Role of the Microbiota-Gut-Brain-Axis in Autism Spectrum Disorder. Int J Mol Sci. 2019 Apr 29;20(9):2115.
8. Masi A, DeMayo MM, Glozier N, Guastella AJ. An Overview of Autism Spectrum Disorder, Heterogeneity and Treatment Options. Neurosci Bull. 2017 Apr;33(2):183-193.
9. Rojas V, Rivera A, Nilo N. Actualización en diagnóstico e intervención temprana del Trastorno del Espectro Autista [Update in diagnosis and early intervention of Autistic Spectrum Disorder]. Rev Chil Pediatr. 2019 Oct;90(5):478-484. Spanish.
10. Thabtah F. Machine learning in autistic spectrum disorder behavioral research: A review and ways forward. Inform Health Soc Care. 2019 Sep;44(3):278-297.
11. Varghese M, Keshav N, Jacot-Descombes S, Warda T, Wicinski B, Dickstein DL, Harony-Nicolas H, De Rubeis S, Drapeau E, Buxbaum JD, Hof PR. Autism spectrum disorder: neuropathology and animal models. Acta Neuropathol. 2017 Oct;134(4):537-566.
12. Postorino V, Kerns CM, Vivanti G, Bradshaw J, Siracusano M, Mazzone L. Anxiety Disorders and Obsessive-Compulsive Disorder in Individuals with Autism Spectrum Disorder. Curr Psychiatry Rep. 2017 Oct 30;19(12):92.

## Capítulo 203

# ACTUACIÓN EN PENITENCIARIAS DEL TERAPEUTA OCUPACIONAL

GLORIA GUIRAO BELASTEGUI

ANA ISABEL BARCO CASASOLA

MARIA ELENA LETAMENDÍA PASCUAL

NURIA CORROCHANO TEJADO

MIRIAM LÓPEZ SÁNCHEZ

## 1 Introducción

Por un lado, diremos que se entiende por recluso a aquella persona que cumple condena en una Institución penitenciaria. Por otro lado, el ex recluso es determinado como la persona que ha pasado un determinado periodo de tiempo interno en un centro carcelario o que, en un periodo de tiempo relativamente corto, dejará dicho centro.

Como derivación del ingreso en estas instituciones segregativas, se origina un proceso inevitable de desidentificación y des socialización que, desgraciadamente, acaba haciendo mucho más difícil el regreso a una vida socialmente integrada.

Vivir en prisión no involucra únicamente la falta de libertad, sino que también deriva y conlleva la pérdida de las relaciones y de sus contactos sociales, la falta de seguridad personal, la imposibilidad de acceder a muchos servicios y recursos de toda índole como los culturales, educativos, disposición a su antojo de ocio

y tiempo libre, la exposición a riesgos importantes para la salud física y mental, etc.
La intervención debe empezar dentro de la propia institución para que, de forma gradual, los usuarios se preparen para una reinserción en la sociedad de la mejor forma posible.
Siguiendo el marco de la AOTA, en este colectivo se ven afectadas áreas ocupacionales como, por ejemplo, las Actividades de la Vida Diaria (AVD), descanso y sueño, trabajo, educación, ocio y tiempo libre…

## 2 Objetivos

Establecer y planificar un programa general de intervención orientado al sector penitenciario. Se llevará a la práctica por los profesionales terapeutas ocupacionales.

## 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 primer lugar, se efectuará una evaluación exhaustiva desde la terapia ocupacional tanto de la persona en reclusión como de su familia, pudiendo esta también formar parte de las futuras actuaciones. Además, se efectuará el Programa Individualizado de Tratamiento (PIT) de cada uno de los participantes, en el cual se detalla, conjuntamente de los datos generales, historia ocupacional y de los proyectos vitales, aspectos como información sobre el perfil ocupacional, las áreas y componentes ocupacionales con objetivo de recuperar, las actividades terapéuticas que mejor se adecúen a las necesidades del usuario, etc. Esto se desarrollará mediante y a través de entrevistas semiestructuradas, auto registros y registros formales, autoevaluaciones, valoraciones estandarizadas, etc.
La intervención se efectuará de forma grupal, con un número de entre 15 y 20 participantes.

PROGRAMA DE CUIDADOS DEL PROPIO CUERPO: parte de las actuaciones se llevarán a la práctica en una sala polivalente amplia, bien iluminada, dotada de proyector.
Área afectada: Actividades de la vida diaria.
Objetivo general: fomentar la autonomía e independencia funcional para las actividades de la vida diaria.
Objetivos específicos:
- Promover el interés personal por el autocuidado.
- Mejorar o conservar los hábitos de higiene, de alimentación, sexualidad, etc.
- Instaurar hábitos y conductas saludables en el día a día.
Actuaciones:
1. Elaboración de diferentes alternativas de menú saludable para adquirir o conservar una alimentación saludable y, exposiciones orales acerca del mismo.
2. Taller sobre la importancia e influencia de una buena higiene personal, tanto para la salud de la persona como para sus relaciones interpersonales.
3. Orientación acerca de los trámites burocráticos precisos tanto dentro del centro penitenciario como fuera del mismo.
4. Talleres de actividad sexual: en ellos los usuarios conocerán las diferentes enfermedades de transmisión sexual que existen, los riesgos de estas y las precauciones que deben tomarse para evitarlas.
PROGRAMA RESTAURADOR: este programa se llevará a la práctica en la misma sala polivalente que parte de las actuaciones del programa anterior. Se precisarán tantas colchonetas como personas asistan finalmente al programa, equipo de música y proyector.
Área afectada: descanso y sueño.
Objetivo general: establecer una rutina adecuada de descanso.
Objetivos específicos:
- Evitar los malos hábitos relacionados con el descanso, el sueño y la preparación para los mismos.
- Identificar la necesidad de relajarse y conocer los métodos precisos para llevarlo a la práctica.
- Disminuir la tensión muscular y la frecuencia e intensidad del rimo cardiaco, lo cual favorece que se cumpla el objetivo principal.
Actuaciones:
1. Taller de relajación: realización de diferentes técnicas de relajación que favorecen el descanso de la persona (técnica de relajación progresiva de Jacobson, técnicas de respiración, técnicas de visualización…)

2. Elaboración y establecimiento de horarios que conlleven al cumplimiento de las horas de sueño necesarias para el óptimo rendimiento de la persona.
3. Taller sobre las influencias del café, tabaco, sustancias y factores que repercuten negativamente en esta área.
PROGRAMA DE EDUCACIÓN Y REINSERCIÓN LABORAL: las actuaciones serán ejecutadas en una sala con mesas y sillas y material de escritura (folios y bolígrafos de distintos colores, principalmente) y un proyector. Uno de los talleres tendrá lugar al aire libre, en un huerto. Otro de los talleres se efectuará en una sala de ordenadores, no se requiere conexión a Internet. Por último, se precisa de una sala de carpintería, dotada de todos los materiales precisos para las actividades que se vayan a pautar.
Área afectada: Educación y reinserción laboral.
Objetivo general: formación de los reclusos y potenciación del inicio y la continuación de estudios reglados y la apertura a la sociedad.
Objetivos específicos:
- Incentivar el deseo de superación, motivación y el aprendizaje continuo.
- Adquirir los conocimientos y formación necesaria para la correcta reinserción laboral.
- Establecer, modificar o conservar los hábitos laborales de los usuarios.
Actuaciones:
1. Escuelas de adultos: en ella los usuarios asistirán a diferentes sesiones en las cuales se tratarán aspectos diferentes, como cultura general, educación sexual, ortografía, lectura…
2. Orientación y asesoramiento al usuario para la correcta elaboración del currículum vitae, además de la realización de ensayos conductuales simulando entrevistas de diferentes tipos de trabajo.
3. Búsqueda y elaboración de listado sobre los medios precisos para que la persona tenga acceso al ámbito laboral (asociaciones, periódicos, empresas, etc.)
4. Talleres de jardinería y carpintería: de esta forma los usuarios trabajan en equipo, lo cual es de vital importancia y, además, favorece el cumplimiento de algunos de los objetivos específicos establecidos anteriormente. Además, en esta actuación se entrenan determinadas habilidades sociales útiles para el posible futuro trabajo.
5. Talleres de informática: los usuarios, con la ayuda de voluntarios, aprenderán los conocimientos básicos sobre la informática (funcionamiento, utilidad, programas informáticos básicos…) prescindiendo del acceso a internet.
PROGRAMA DE OCIO Y TIEMPO LIBRE: para el desarrollo de las actuaciones será preciso la sala polivalente, mencionada anteriormente, y materiales para

talleres de psicomotricidad y deportivos, aunque estos pueden ir variando a medida que se vayan realizando las sesiones.
Área afectada: ocio y tiempo libre.
Objetivo general: Alcanzar la formación proactiva del tiempo libre y el regocijo de un ocio saludable.
Objetivos específicos:
- Adquirir un correcto equilibrio entre las actividades de tiempo libre y las ocupaciones.
- Uso del ocio como medio y como fin.
- Reconquistar la valía social y personal del ocio.
- Transformar aspectos del estilo de vida concernientes con el ocio y el tiempo libre.
- Identificar intereses, habilidades, conformidades y diligencias del ocio convenientes.
Actuaciones:
1. Planificación y organización de actos socio - culturales como carnaval, navidad, etc. De este modo, los usuarios deben conservar relaciones grupales para la organización de los eventos, como por ejemplo a la hora de distribuirse las tareas. Además, emplean su tiempo libre en realizar actividades que tienen cierto valor para ellos ya que subsiguientemente disfrutarán de lo que ellos mismos han organizado.
2. Entrenamiento de habilidades sociales mediante sesiones de psicomotricidad para una correcta integración social y mejora de la capacidad de socialización.
3. Informar a los usuarios de las otras alternativas (asociaciones, excursiones, recursos…) de las que disponen de forma económica y/o gratuita de forma que esté al alcance de todos ellos.
4. Talleres deportivos: los usuarios se dividirán en equipos y se disputarán pequeñas competiciones de fútbol o baloncesto. Así como, empleando el mismo espacio, se efectuarán distintos juegos en el que la actividad física sea el componente esencial.

## 5 Discusión-Conclusión

Desde nuestra opinión como terapeutas ocupacionales creemos que la intervención con los usuarios debe siempre comenzar cuando aún están en prisión para que, paulatinamente, vayan preparando su vuelta a la sociedad. El objetivo y la finalidad deber ser, en todo momento, devolver esa libertad que han perdido al ingresar en la cárcel, es decir, mejorar las relaciones sociales, la seguridad personal,

conservar un adecuado estado de salud física y mental, etc.
El programa está diseñado para que los profesionales que comiencen a trabajar en el ámbito penitenciario adquieran conocimientos sobre básicos sobre este colectivo.
Por otro lado, se pretende fomentar los factores protectores frente a la no reinserción de los reclusos en sociedad.

## 6 Bibliografía

1. Ávila Álvarez A, Martínez Piédrola R, Matilla Mora R, Máximo Bocanegra M, Méndez Méndez B, Talavera Valverde MA et al. Marco de Trabajo para la práctica de la Terapia Ocupacional: Dominio y proceso. 2da Edición [Traducción]. www.terapia-ocupacional.com [Internet]. 2010 [15-05-2017]

## Capítulo 204

# EL TELEFONISTA EN LA COMUNICACION: TECNICAS Y FUNCIONALIDADES

MARIA CARMEN ALFARO LÓPEZ

RUFINA MATOQUE CERRO

MARIA JESÚS MARTÍNEZ CASTAÑO

GEMA BUITRAGO BUITRAGO

ANA ISABEL DEL SOTO RUIZ

## 1 Introducción

A partir de los comienzos de la humanidad entre los individuos ha habido una gigantesca preocupación por comunicarse ,lo cual ha llevado a desarrollar un serie de tecnologías que con el paso del tiempo fueron perfeccionando con el anhelo de poder comunicarse unos con otros.
En las maneras mas primitivas de comunicación destacamos las señales de humo que después evolucionaron y brindaron origen al sistema basico de comunicación el cual consistía en mandar información de un espacio a otro por medio de una persona o mensajero.
Con el paso de los años y el progreso del hombre se fueron desarrollando otros sistemas de comunicación a partir de un tipo de tecnología denominado electrónica dando paso de esta forma al telégrafo.

Sin embargo la imperiosa necesidad del hombre por continuar y buscar novedosas maneras de comunicación llevo a el invento del aparato mas tecnológico y eficiente que revoluciono el planeta por completo y que aun sigue vigente en la sociedad de la cual formamos parte, hablamos del teléfono (inventado por Alexander Graham Bell 1874)creando una totalmente nueva forma de comunicación.
Este aparto revoluciono el mundo de la comunicación ,acerco a personas a una cantidad enorme de kilómetros inclusive a día de hoy el teléfono sigue reinventándose y sigue revolucionando aun mas el mundo de las comunicaciones. El teléfono es el medio mas usado entre las personas para comunicarse.

## 2 Objetivos

Describir la importancia de la comunicación y las funciones del teléfonista

## 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 funcionalidades de la comunicación telefónica serían ,emocional, expresiva o emotiva con el objeto de manifestar emociones , opiniones ,pensamientos e inclusive criticas. Serían con la intención de ordenar ,persuadir convencer ,incitar provocar una actitud. Además serían informativa, referencial ,denotativa o representativa.
Poseemos diferentes recursos y funciones o técnicas en la comunicación que se basa en permitir entablar un óptimo contacto con el receptor por medio de un correcto control del canal. Por ultimo la funcionalidad de la comunicación telefónica tendría fines metalingüística o explicativa y además podría tener finalidad poética ,estética o literaria.
Hay diferentes técnicas de comunicación telefónica ,vayamos a repasar varias de ellas ,las cuales un telefonista debería conocer y saber situar en el desempeño

de su labor para el desarrollo optimo y eficiente de su trabajo. Técnicas de la comunicación telefónica:
1)Al responder una llamada · Responda inmediatamente: Conteste el teléfono lo antes posible · Utilice en lo posible la siguiente oración: ”Buenos días , Habla (….) en que le puedo ayudar? · En cada saludo utilice su espontaneidad, hablando con voz clara y pausada · No olvide utilizar el saludo apropiado
2) En caso de ser necesario dejar al usuarioi en espera · Informe la razón por el que va a ponerlo en espera · No disponga del tiempo del cliente: posibilite que él decida si quiere esperar o prefiere llamar mas tarde · No deje en espera a unusuario por mas de 30 segundos. De ser primordial, retome la llamada informando al ususario · Una vez que retome la llamada, empiece con el nombre del usuario
3) Al transferir una llamada · Transfiera solo esas que Ud. no logre atender · Asegúrese de conocer la utilización del teléfono para transferir llamadas · · Una vez que transfiera al otro sector, espere a que su compañero lo atienda. Infórmele el nombre del usuario y la razón de la llamada, evitando de esta forma que él le tenga que repetir cualquier dato ·
4) Transmitir mensajes entre operadores del servicio · Si un usuario le exige dialogar con un compañero suyo, trate de resolver Ud. mismo su pedido, evite en lo viable tomar mensajes · Si se necesita tomar un mensaje, escriba el nombre del cliente que llamó, y el teléfono al cual debería responderle
5) Al concluir una llamada · Agradezca al usuario su llamada · Confirme el teléfono para conectarse con él · Realice una pausa · Espere que el usuario corte previamente antes que Ud.
6) Uso de palabras apropiadas · Evite utilizar palabras técnicas o de uso interno: si usa palabras que el usuario no entiende, lo pondrá en una situación incómoda · Brindar la información en su medida justa · La información es un ”valor”, no extralimitarse, ni escatimarla ·
7) Pequeños y grandes detalles · ”Lo incomodo por”: A veces un usuario usa esta frase, es un detalle a considerar para acentuar la cortesía telefónica, debido a que si Ud. no mencionara nada, estaría asumiendo que en verdad hablamos de una molestia · ”Las muletillas”: son esas palabras que usamos en forma reiterada, nos secundamos en ellas para llevar a cabo psicológicamente la contestación que iremos a ofrecer. Ejemplos: Conveniente, mencionemos, no?, le comento, etcétera.
8) Personalice la charla · Cada usuario se comunica solo con un representante de su organización, solo con Ud. · Para que el usuario se sienta cómodo, utilice su apellido o nombre en la charla. Pautas: a) Anteponga Sr./ Sra. b) En la situación de que el usuario exprese tener cualquier titulo (Ing. Lic., Dr.), utilícelo c) Trátelo

de Ud.

## 5 Discusión-Conclusión

Podemos sacar en claro que las comunicaciones telefónicas son una parte muy importante dentro del sistema de telecomunicaciones.
Gracias a su buen diseño ,su calidad de materiales instalaciones y gran mantenimiento son tan eficientes y valoradas las telecomunicaciones en nuestra sociedad.
Las redes telefónicas han ido avanzando a la par que el desarrollo tecnológico y la tecnología ,presentando mejora en materiales , aplicaciones ,mejores velocidades de transmisión lo que han hecho un grandísima revolución de las telecomunicaciones en los últimos años.
Actualmente las el teléfono está presentes en la gran mayoría de los hogares del planeta ,y sin darnos cuenta ocupan una gran parte de horas diarias que invertimos en el ,dejando de lado el trato humano entre la sociedad.

## 6 Bibliografía

https://comunicaciones104.files.wordpress.com
www.aulafacil.com
manual básico del telefonista coleccion eduforma

## Capítulo 205

# EL TELEFONISTA Y LOS SISTEMAS DE SEGURIDAD EN LAS CENTRALITAS

MARIA CARMEN ALFARO LÓPEZ

RUFINA MATOQUE CERRO

MARIA JESÚS MARTÍNEZ CASTAÑO

GEMA BUITRAGO BUITRAGO

ANA ISABEL DEL SOTO RUIZ

## 1 Introducción

El valor que la comunicación telefónica tiene dentro del entorno de las relaciones humanas tanto financieras como privadas pide que el servicio de dichas comunicaciones logre realizarse en las mayores condiciones de estabilidad posible, tanto en la administración de la información como en la estabilidad del sistema.
La estabilidad no es siempre absoluta en ningún sistema de centralitas .Para obtener esa seguridades es necesario invertir grandísimos costos por lo cual no se amortizaría y no seria rentable. Inclusive realizando un sistema exclusivo ,cualquiera que lo conozca bien podría lograr jaquearlo. La estabilidad de las centralitas puede ser vulnerable gracias a 3 tipos bastante significativos de riesgos:
-Desastres naturales los k ya todos conocemos como podrían ser incendios ,inundaciones, sobretensiones…
-Errores humanos los cuales se hacen por cualquier trabajador mismo (por ejemplo un telefonista)o persona ajena sin embargo sin ningún tipo de intención –

Y por ultimo los actos intencionados con intenciones perjudiciales por eliminar o robar informaciones inclusive actos de espionaje. Dichos actos tienen la posibilidad de ser realizados por persona de dentro o fuera del centro.
Por consiguiente el telefonista siendo el individuo que maneja o controla las centralitas va a ser la primera persona encargada de intentar evitar, mantener el control de o solucionar cualquier tipo de anomalía o inconvenientes que se presente en la centralita.

## 2 Objetivos

-Conocer los sistemas de centralitas y su funcionamiento dentro del centro

## 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 viene siendo algo habitual los sistemas de telecomunicaciones o centralitas telefónicas son atacados a partir de Internet. Lo común es que las organizaciones tomen medidas de seguridad en los grupos frontera de la red, o lo cual es lo mismo implementen firewalls entre la conexión al internet y la red del comprador, poniendo tal trabas a esos cuyas intenciones no son las de cooperar sino todo lo contrario..
Sin embargo, como bien es sabido, esto puede que no sea suficiente. bien pues el ataque se ejecute desde dentro de la red o pues el ataque haya conseguido usar alguna vulnerabilidad o grietas del firewall. Veamos varias herramientas de estabilidad o seguridad en su Centralita Telefónica que ayudan a defender las comunicaciones y a reducir la probabilidad de “caer bajo fuego enemigo” o ser saboteadas:
. Sistemas estáticos de protección.Sistemas propios y los de alimentacioninterrumpida

• Sistema de firewall estándar, restricción de servicios por puertos y direcciones IP.
• Sistema de protección de Ping. Este ayuda nos permitira que no logren ser encontrados nuestros propios conjuntos con un escaneo de red con base en Ping, para eso desactiva la contestación al Ping.
• SYN-Flood.. Mitigación del ataque SYN-Flood. El ataque SYN-Flood se fundamenta en la una solicitud masiva de paquetes SYN, que propician el consumo de recursos impidiendo que esas demandas de conexión legítimas no logren ser atendida y por consiguiente haya una perdida en la prestación de los servicios.
• Protección contra Ping-of-Death. El ping de el deceso se basa en mandar datagramas que superen la magnitud mayor autorizado, una vez que se envía a un sistema vulnerable crea la caída del sistema. Sistema dinámico de protección.inicios de confidencialidad
• El sistema dinámico de custodia se basa en la generación automática de listas negras con esas direcciones que tratan de hacer conexiones de forma masiva o esas que tratan de ataques de fuerza bruta contra un dispositivo.
. Fail2ban otorga detección de intrusión por medio de los errores de autenticación en SIP REGISTER, INVITE o SUSCRIBE.
Cuando un intento de conexión supera un tiempo umbral sin haber conseguido autentificarse los accesorios es ignorado a lo largo de un periodo de tiempo predeterminado, logrando ser ignorado para siempre

## 5 Discusión-Conclusión

La confidencialidad es un derecho de las personas que limita y equilibra el principio de transparencia y equidad.
Por lo tanto un deber de los telefonistas que controlen o manejen las centralitas será preservar fuera del dominio publico los datos o la información que se refieren de la intimidad de las personas.
De poco serviría establecer ciertos patrones de conducta si no se hacen profundamente respetuosos de la privaciad de las persona y de lainformacion a que ellas pertenecen.
El telefonista debe ser confidencial incluso antes de actuar confidencialmente.la confidencialidad mas allá de ser un derecho o una obligación es una virtud y como virtud debe ser predispuesta por el telefonista para preservar la intimidad del usuario,

# 6 Bibliografía

Manual básico del telefonista (eduforma) www.imeg.es
www.digitalhm.com

## Capítulo 206

# RIESGOS LABORALES EN EL TRABAJO DE LAVANDERO/A Y PLANCHADOR/A

ROSA ABEL PARAJÓN CANGA

MARIA MERCEDES FRAGA BARROSO

ANA MARÍA MÉNDEZ QUINTANA

## 1 Introducción

En el mundo laboral, dentro de cualquier trabajo que se realiza como personal sanitario o no sanitario, siempre hay un riesgo de producirse un accidente. Por este motivo, en la Constitución Española se establece la necesidad de velar por la seguridad e higiene en el trabajo; así se ha regulado la Prevención de Riesgos Laborales promulgando la LEY 31/1995, de 8 de noviembre, la cual tiene como objeto regularizar las medidas para promover la mejora de la seguridad y salud de los trabajadores mediante la aplicación de las medidas y el desarrollo de las actividades necesarias para la prevención de riesgos derivados del trabajo. En ella se establece que los trabajadores tienen derecho: a la protección frente a los riesgos laborales, a disponer de equipos de trabajo y medios de protección adecuados, a la información, consulta y participación, a la formación para el uso adecuado de la protección, etc. También los trabajadores tienen unas obligaciones que en caso de no cumplirse suponen una falta disciplinaria. Estas obligaciones consistirían en velar por su propia seguridad y por la de los demás, usar adecuadamente de todos los equipos y medios para el desarrollo de su actividad, informar de cualquier situación que pueda ser un riesgo para la seguridad, etc.

## 2 Objetivos

Exponer los tipos de riesgos que puede sufrir el personal no sanitario en el trabajo de lavandero/a o planchador/a en su día a día.

## 3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo se ha llevado a cabo una investigación y se ha realizado una búsqueda en diferentes libros; además se han consultado artículos de las principales bases de datos (Pubmed, Medline, Scielo) y del Ministerio de Sanidad de España; siempre contrastando dicha información.

## 4 Resultados

La Ley de Prevención de Riesgos Laborales tiene como objeto la promoción de la mejora de las condiciones de trabajo dirigiendo la protección de la seguridad y la salud de los trabajadores en el puesto de trabajo. Esta Ley engloba la mejora de salud en el lugar de trabajo, la prevención de accidentes y las lesiones laborales. Tanto el personal de lavandería como de plancha están expuestos a sufrir de riesgos laborales, por ello la prevención de estos riesgos es un tema importante. Muchos de estos riesgos son comunes para estas dos categorías. Por ejemplo, el personal no sanitario, como los trabajadores en una lavandería, puede resbalar por un suelo mojado, tropezar, sufrir atrapamientos, hacer sobreesfuerzos, se puede pinchar o cortar, puede llevar golpes, etc. Los trabajadores de plancha pueden quemarse con las planchas, resbalar, tropezar, hacer sobreesfuerzos, etc. Como podemos observar estas dos categorías tienen riesgos comunes.
Los riesgos más comunes para estas dos categorías son:
- Riesgo de caída de personas. Podemos distinguir dos casos:
CAÍDA AL MISMO NIVEL: Se pueden producir caídas por el mal estado del suelo (baldosas rotas), suelo resbaladizo (por estar mojado), falta de orden de objetos, etc. Los daños ocasionados a consecuencia de una caída pueden ser heridas, lesiones, rozaduras, esguinces, etc. Existen distintas formas de impedirlo como podrían ser: el uso de calzado homologado y antideslizante, reparación del suelo, áreas de trabajo libres de obstáculos, etc.
CAÍDA A DISTINTO NIVEL: Muchas veces no se tiene a mano la escalera y se sube a otro tipo de objetos (cajas, mesas o escalones) para llegar a zonas elevadas. El subirse a estos objetos conlleva un peligro y no está permitido porque al no estar hechos para ello, el personal de plancha y lavandería se puede caer. Los

daños ocasionados podrían ser heridas, luxaciones, golpes, etc. Siempre que se tenga que alcanzar algo que no pueda ser cogido desde el suelo y se necesite una ayuda, es preciso buscar algo acorde a esa necesidad como una escalera. Se debe observar que cumpla con la seguridad necesaria antes de subirse a ella.
- Riesgo de caída de objetos por manipulación: Este riesgo tiene que ver principalmente con la inestabilidad: colocar objetos pesados en la parte alta de las estanterías, el mal estado de estas, coger dicha carga sin tener una estabilidad o a la hora de transportarlo, hacerlo de manera insegura. Las lesiones ocasionadas pueden ser fracturas porque dicha carga se caiga encima, cortes porque esta carga se rompa o rotura del contenido de productos químicos, biológicos, etc. En estos casos, lo que deberíamos hacer es poner los materiales pesados en las estanterías inferiores para que no haya peligro de caídas, todo lo que sea pesado intentar transportarlo con sumo cuidado y siempre tener una estabilidad y buen agarre.

- Riesgo de choques con objetos móviles o inmóviles: Los moratones o pequeños cardenales que aparecen en nuestro cuerpo y no solemos recordar dónde nos los hemos hecho, se pueden deber a pequeños golpes en puertas, en esquinas de mesas y máquinas o por pasar por espacios reducidos cargados y dando golpes a los obstáculos que nos encontramos. Los daños suelen ser leves y producirse en brazos, piernas o manos; y estos pueden ser rozaduras, moratones, heridas, desgarros, etc. Las medidas preventivas consisten en dejar los espacios despejados y sobre todo prestar atención por donde se pasa teniendo cuidado en no darnos golpes.
- Riesgo de cortes o pinchazos: En lavandería, cuando se saca la lencería de los sacos, se puede encontrar entre ella objetos olvidados como jeringuillas, bisturís, tijeras, etc. Esto es un riesgo y puede provocar heridas. Los daños podrían ser mínimos pero esos objetos están contaminados con restos biológicos. Antes de que suceda algo peligroso, debemos estar atentos a estos objetos en la recogida y tener sumo cuidado con no cortarse o pincharse si hay que manipular la lencería.
- Riesgo de atrapamiento: Debemos tener cuidado con las puertas basculantes y automáticas, ya que al ser elementos mecánicos se cierran solas y nos pueden atrapar en medio. También no manipular las maquinas en movimiento si nos han quedado ropa u objetos enganchados. Los daños suelen ser en principio leves, pero algunas veces pueden llegar a ser más graves. Debemos tener cuidado no estar en medio de estas puertas basculantes y automáticas.

- Riesgo eléctrico: Tocar un cable pelado, manipular incorrectamente o tocar con las manos mojadas algún aparato electrónico, nos puede dar desde un calam-

brazo hasta un paro cardiaco. Antes de manipular cualquier aparato electrónico, se debe tener siempre la precaución de que esté apagado y desconectado de la corriente además de evitar tocar partes eléctricas con las manos mojadas. Si se observan deficiencias en un enchufe o en un aparato eléctrico no tocar la instalación eléctrica y avisar al responsable de mantenimiento.

- Riesgos por sobreesfuerzos: En el trabajo podemos realizar sobreesfuerzos por manipulación de cargas y muchas veces, con la rapidez, no se tiene en cuenta que una correcta posición es muy importante. Esto, lo que acarrea lesiones musculoesqueléticas que afectan a músculos, huesos, tendones, ligamentos o discos invertebrables. Sus medidas preventivas consisten en: tener una buena postura para coger pesos; si el peso es elevado, dividirlo en partes si es posible y si no lo es, pedir ayuda; usar aparatos mecanizados para un mejor movimiento del peso. Lo que nunca se debe hacer son sobresfuerzos innecesarios. También utilizar carros para el transporte de ropa.

- Riesgos químicos: En lavandería es donde hay más peligro de sufrirlo, ya que en este lugar hay muchos productos químicos para la desinfección. El peligro que puede producir en nuestro cuerpo va desde dermatitis en la piel a irritaciones de las vías respiratorias, náuseas, cefaleas, etc. Las medidas preventivas son: si se trabaja con productos químicos siempre en lugares aireados, usar mascarilla si es necesario. Nunca debemos realizar mezclas entre productos químicos que no haya recomendado el fabricante.

- Riesgos biológicos: En lavandería es un lugar donde existen muchos microorganismos y su trasmisión puede ser por vía respiratoria, sanguínea, mucosa o de piel, por lo que el trabajador al realizar la tarea de vaciado de sacos o de organización de la lencería hospitalaria está expuesto a ellos. Como medidas preventivas tenemos: el lavado de manos, tener cuidado con no pincharnos o con cortarnos y ponernos los EPIS correctamente.

- Riesgo a los contactos Térmicos: Las instalaciones y maquinas instaladas en las lavanderías se encuentran sometidos a una temperatura elevada (vapor de agua), pudiendo provocar quemaduras. Se debe extremar la precaución, y no tocar las máquinas fuera de las zonas habilitadas de trabajo.
- Riesgo de Ruido: El ruido puede provocar molestias, dolor de cabeza, trastornos neurológicos e incluso sordera. En las lavanderías al estar tantas máquinas en funcionamiento provocan un elevado nivel de ruido. Por ello habrá como primer paso realizar una medición higiénica de ruido. Si se utiliza maquinaria que genera un nivel de ruido importante y así se ha determinado en la Evaluación de Riesgos,

se deberá utilizar protectores auditivos y aplicar las medidas de atenuación del ruido en el foco de la fuente y en el medio transmisor.

## 5 Discusión-Conclusión

Después de analizar los muchos accidentes laborales que puede sufrir el personal de lavandería o plancha, llegamos a la conclusión de que muchas veces suceden por las prisas, por el mal estado de los objetos usados, por exponernos a los riesgos sin ponernos el equipo de protección individual (EPI) correctamente y por no poner atención a lo que estamos haciendo. En el ámbito sanitario se deberían identificar y prevenir los posibles riesgos laborales a los que nos podemos exponer; es un aspecto muy importante el cual además está relacionado con la Ley de Prevención de Riesgos (LPR) que se aplica al entorno laboral con carácter general.

## 6 Bibliografía

Instituto Nacional de Seguridad y Salud en el Trabajo: INSST. [LEY DE PREVENCIÓN DE RIESGOS LABORALES]. [Consultado 08 abril 2022]. Disponible en: https://www.insst.es/documentacion/catalogo-de-publicaciones/ley-de-prevencion-de-riesgos-laborales-ley-

Organización Mundial de la Salud: WHO. [SALUD DE LOS TRABAJADORES]. [Consultado 08 abril 2022]. Disponible en: https://www.who.int

Wikipedia: WIKIPEDIA. [SEGURIDAD Y SALUD LABORAL EN ESPAÑA]. [Consultado 08 abril 2022]. Disponible en: https://es.wikipedia.org

Instituto asturiano de prevención de riesgos laborales: IAPRL. [RIESGOS LABORALES]. [Consultado 08 abril 2022]. Disponible en: http://www.iaprl.org/

Gobierno de La Rioja: RIOJASALUD. [PRECAUCIONES DE RIESGOS LABORALES EN EL SECTOR SANITARIO]. [Consultado 08 abril 2022]. Disponible en: https://www.riojasalud.es/

## Capítulo 207

# SALA DE AUTOPSIAS. PAPEL DEL CELADOR EN LA SALA DE AUTOPSIAS

MARINA MORALES LOZANO

## 1 Introducción

Las salas de autopsia son unas salas dedicadas a la realización de un conjunto de exámenes médicos que se realiza a un cadáver para saber y determinar el motivo de su fallecimiento. A estos exámenes se les conoce con otro nombre, como por ejemplo examen post-morten o necropsia. La autopsia o necropsia exclusivamente se realiza, es los casos de éxitus sospechoso o a petición expresa de un familiar del fallecido. Durante el examen médico, se abre el tórax del fallecido, y se hacen pruebas a los órganos y cerebro, e inmediatamente después de terminar dicho examen, se vuelven a colocar y se cose la piel. Se toman muestras de todos los tejidos que se quiera analizar para enviarlo posteriormente al servicio de anatomía patológica. Los estudiantes destinados en este servicio estudian la anatomía a través de estas autopsias o exámenes médicos.

El celador en las salas de autopsias tiene un papel importante, ya que es el encargado de diversas funciones como por ejemplo, debe de llevar el cadáver desde la cámara refrigeradora hasta la sala de autopsias, en todo momento será el celador el encargado de dicha función, y en el caso de que el examen médico no sea realizado de inmediato deberá de llevarlo a la cámara frigorífica y esperar a que sea llamado para entregar el cadáver o si por el contrario el examen médico se realiza en el momento preciso que lo lleva a la sala de autopsias, deberá de colocar el cadáver en la mesa de autopsias siendo el celador encargado de ayudar al médico forense en funciones meramente auxiliares.

## 2 Objetivos

-Conocer salas de autopsias.

-Exponer funciones del celador en la sala de autopsias.

-Recalcar la importancia del papel del celador en la sala de autopsias.

## 3 Metodología

La metodología utilizada para desarrollar el capítulo han sido revisiones sistemáticas siendo utilizado como principal buscador Google. Se han realizado búsquedas sistemáticas de libros y revistas buscadas por PubMed.

Las palabras clave utilizadas en el buscador de Google han sido "celador´´ "autopsias´´ "sala de autopsias´´

## 4 Resultados

Una vez que el médico responsable haya certificado la defunción del paciente es el amortajamiento, aunque este proceso es función de las auxiliares de enfermería, pero hay ocasiones en las que el celador colabora con ellas en el proceso de amortajamiento del paciente.

Una vez amortajado el paciente, el celador es el encargado de trasladar el cadáver hacia la cámara frigorífica si no se le va a realizar autopsias o si en cambio si se le va a realizar, será el encargado de llevarlo hacia la sala de autopsias.

Según el estatuto de Personal No Sanitario de 1971, la función del celador es la de ayudar al médico forense en las actuaciones que no se tenga que hacer uso de instrumentos directamente en el cadáver, pero el Instituto Nacional de Gestión Sanitaria, instauro el puesto de celador auxiliar de autopsias y así quedaron las funciones del celador en la sala de autopsias: Será responsable de trasladar el cadáver desde el servicio hasta la sala de autopsias desmortajando al cadáver si así se lo solicitaran; prepara el cadáver para la autopsia así como movilizar el cadáver tal y como le vayan indicando; ayudar al patólogo en pesar los diferentes órganos, escribirá anotaciones que le vayan indicando; limpieza externa e interna del cadáver; amortajar otra vez al cadáver y trasladarlo hasta la cámara frigorífica; limpiar la mesa, sala y el material de autopsias; deberá de vigilar que no acceda nadie ajeno a la sala de autopsias; se encargara de introducir, si así se lo pidieran,

restos humanos en recipientes herméticos para su posterior traslado; trasladar muestras orgánicas al servicio de Anatomía Patológica; deberá de llevar todo tipo de documentos a otros servicios.

## 5 Discusión-Conclusión

Las diferentes funciones, así como el papel del celador en la sala de autopsias y en el traslado hasta dicha sala es de manera auxiliar, ya que ayudará en todo momento tanto al médico forense como al patólogo en todas las instrucciones indicadas por ellos, por tanto, debe de tener clara las funciones que el celador puede realizar, ya que es personal no sanitario.

Los celadores están involucrados en prácticamente todos los procesos post mortem, asistiendo en ocasiones al amortajamiento, siendo el encargado de trasladar el cadáver desde el servicio donde estuviera el paciente hasta la sala de autopsia o en su defecto hacia la cámara frigorífica.

## 6 Bibliografía

1.https://es.slideshare.net/jaifegon2/sala-de-autopsias-11238404.

2.https://cgtsanidadlpa.org/f/opes/celador/temas/tema_5.pdf.

3.https://fisiostar.com/celador/actuacion-celador-con-pacientes-fallecidos-sala-autopsia-y-mortuorios.

## Capítulo 208

# EL PERSONAL NO SANITARIO Y EL SINDROME DE BURN-OUT

MARIA MERCEDES FRAGA BARROSO

ANA MARÍA MÉNDEZ QUINTANA

ROSA ABEL PARAJÓN CANGA

## 1 Introducción

EL Burnout; Respuesta psicológica que se debe a factores de estrés crónico en el lugar de trabajo, con síntomas como la sensación de agotamiento, decepción y pérdida de interés por la actividad laboral y con consecuencias que pueden ser muy graves para quien lo padece.
Aparece con la exposición prolongada al estrés, cuando hay una diferencia entre las expectativas laborales del trabajador y la realidad de las tareas a las que se enfrenta en el día a día, muchas veces con sobrecarga de trabajo, en un mal ambiente de trabajo y con relaciones laborales conflictivas.
El síndrome de burnout hace que la persona se sienta sobrecargada, afectando a su estado psíquico, físico y cognitivo, acarreando consecuencias negativas para la persona, como un mayor agotamiento físico y mental, estados de irritabilidad, negativismo e incluso pérdida de autoestima que puede afectar a la salud mental de los trabajadores. Como no puede ser de otra manera, baja el rendimiento laboral, afecta a la concentración, a la memoria, problemas para pensar e incluso síntomas que pueden afectar al cuerpo, como fatiga, dolores musculares, dolor de cabeza, problemas gastrointestinales, ansiedad, insomnio, depresión. Muchas veces con actitud de indiferencia y desapego hacia el trabajo.

Este síndrome es posible controlarlo a través de programas de manejo de la ansiedad, mecanismos para ayudar al clima y la organización en el trabajo, etc. Si las empresas tienen en cuenta las necesidades de sus trabajadores, claro que esto se puede prevenir.

## 2 Objetivos

Dar visibilidad al síndrome de burn-out.
Dar a conocer las causas que lo provocan, sus síntomas y sus consecuencias.
Resaltar que lo más eficaz es 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

Es el Burnout o síndrome del trabajador quemado, un proceso más que una afección. Tiene que ver con el estrés en el ámbito laboral diagnosticado como crónico, se caracteriza por un desgaste laboral que a medida que avanza, el trabajador puede tener dificultades para resolver problemas o realizar tareas que antes le resultaban sencillas. Se sentirá en un estado de agotamiento constante y la frustración irá en aumento. Puede seguir avanzando y llegar a la depresión.

Afecta a hombres y mujeres, aunque son las mujeres más propensas a sufrirlo, en gran medida por que la línea que separa el ámbito laboral y el personal se entremezcla. Todos los colectivos pueden verse afectados, pero sin duda son grupos vulnerables aquellos que están a diario en contacto con el dolor ajeno y la enfermedad, los ambientes de trabajo competitivos, pero también, por estancamiento en puestos que no permiten desarrollar habilidades o tomar decisiones propias.
Las causas dependen básicamente de dos factores, las relativas a la persona, a sus características; poca tolerancia al estrés y a la frustración y no cuenta con recursos para afrontarlos, falta de apoyo social o tiene mucho sentido de la responsabilidad. Las relativas a las condiciones del trabajo; se ve expuesto a diario

a situaciones de estrés, con horarios excesivos, de alto contenido emocional, con sobrecarga de tareas y poco tiempo para realizarlas, altos niveles de exigencia que unido a la falta de incentivos y a la nula oportunidad de crecimiento, trastocan la vida del individuo y con el tiempo acarrean consecuencias físicas y psicológicas.
Los síntomas son tres las señales que nos pueden ayudar a detectar el síndrome del trabajador quemado: Agotamiento o falta de energía, distanciamiento mental del puesto de trabajo y disminución de la eficacia laboral. A partir de aquí son muchos los síntomas, dependerá, una vez más, de las características personales.
Afecta a la persona en todos los sentidos, con síntomas físicos, dolores frecuentes de cabeza, musculares, caída del cabello, problemas intestinales, digestivos, dermatológicos, cardiovasculares, respiratorios, debilidad, cansancio, desequilibrios del sueño y de alimentación…con síntomas psicológicos, disminución en la implicación con el trabajo, distanciamiento social, desmotivación, frustración, insatisfacción, dificultad para concentrarse, desánimo, irritabilidad, actitudes negativas, nerviosismo, culpabilidad, dificultad para la toma de decisiones, soledad…
Las consecuencias que el síndrome de burnout puede acarrear a la persona que lo padece pueden ser muy serias. Afecta al bienestar de la persona, a su autoestima, a su calidad de vida, a su salud, puede llegar a padecer trastornos de ansiedad y depresión, que le lleven a caer en el consumo de alcohol, psicofármacos y otras drogas, que le puede llevar a conductas de riesgo y actitudes negativas hacia los demás, problemas familiares y distanciamiento social.
El tratamiento para la recuperación del trabajador dependerá de los síntomas que presente y las características de la persona, tendrá que ser un especialista el que valore el grado y las circunstancias, no optante tiene que ir encaminado a reducir los niveles de estrés, ansiedad y depresión.
La prevención debe comenzar en la empresa, en el puesto de trabajo, se debe hacer un estudio para identificar las situaciones que generan o pueden generar estrés y ansiedad en los trabajadores y tomar las medidas necesarias para reducirlo, se debe mejorar la organización y hacer lo necesario para que el trabajador pueda realizar su tarea de una forma adecuada, evitando la sobrecarga.
El trabajador debe formarse para el desempeño de su trabajo, debe prepararse para cuando surjan esos momentos de estrés y contar con recursos para poder enfrentarse a ellos. Una vez finalizada la jornada laboral, debe saber desconectar, hacer ejercicio, salir a caminar, escuchar música, leer. Es fundamental tener una buena alimentación y dormir bien.

## 5 Discusión-Conclusión

El burnout es un trastorno más habitual de lo que puede parecer, todos los colectivos profesionales pueden verse afectados, son muchas las personas que se sienten insatisfechas en sus trabajos, muchas veces nos decantamos por profesiones con la idea de ser útiles y acaban siendo profesiones poco valoradas, invisibles, como si pareciera que se hacen solas.
¿Qué pasaría si de repente desaparecieran El PERSONAL DE LAVANDERÍA, LOS CELADORES/AS, LOS CONSEJES, LAS LIMPIADORAS?, ¿Quién haría su trabajo?, qué pasa con esas personas que teniendo mucho que aportar, apenas pueden pensar…
El síndrome del trabajador quemado está ahí y seguirá estando, por lo tanto, para y piensa lo que quieres, lo que te gusta, lucha por conseguirlo y trabaja para vivir en lugar de vivir para trabajar.

## 6 Bibliografía

-www.psicologia-online.com,
Titulo: Síndrome de burnout: qué es, causas, síntomas y consecuencias.
-https://nacionfarma.com/síndrome-del-burnout-reconocido-por-la-oms/
-redacciónmedica.com/secciones/sanidad-hoy/la-oms-incluye-el-burnout-de-medicos-y-enfermeras-como-enfermedad-9377

## Capítulo 209

# EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO Y LA PANDEMIA

ISMAEL CARRETERO AMORES

ESTHER AMORES BERMEJO

MARIA DE LAS CRUCES CHAVES MONTES

PILAR MARÍA SERRANO GUDE

ALICIA CARRETERO AMORES

## 1 Introducción

La alerta provocada por la pandemia del coronavirus SARS-CoV-2 ha llevado a nuestros profesionales a mucha sobrecarga de trabajo tanto físico como emocional. Los estudios que se realizaron en el periodo de la pandemia sobre los efectos psicológicos producidos y que han provocado en los trabajadores de la sanidad, en muchos casos no se ha tenido en cuenta al personal administrativo aun estando en primera línea y con mucho volumen de trabajo y sometidos a mucha presión y también se debe reivindicar a estos profesionales por las secuelas psicológicas sufridas durante la pandemia.
Según unos estudios publicados la pandemia provocada por el coronavirus SARSCoV-2 ha tenido como resultado síntomas preocupantes a nivel psicológico en los profesionales sanitarios. Un estrés agudo, ansiedad y depresión tanto en el personal sanitario como el personal no sanitario que sufren los trabajadores

y la importancia de vigilar los trastornos mentales que surgen en este tipo de situaciones.
Las funciones de un auxiliar administrativo incluyen una gran variedad de tareas administrativas de vital importancia para el buen funcionamiento de los centros sanitarios. El auxiliar administrativo dará información esencial a los usuarios de cómo poder llevar esta pandemia y como actuar ante esta situación tanto telefónicamente como de forma presencial.
En el área de atención al ciudadano trabajarán dando información y organización al usuario atendiendo las llamadas, preparando los datos informáticos, organizando los expedientes y su tramitación etc. Los trabajos y funciones se han tenido que adaptar a medida que surgían durante esta pandemia adaptándose a la situación para tomar precauciones y medidas para evitar la propagación en los centros de salud y hospitales con el fin de proteger a los trabajadores, usuarios y pacientes. Un ejemplo de ello, es poner protectores en los servicios administrativos así como estar todos con mascarillas y proporcionar tener siempre cerca una solución alcohólica para la limpieza y desinfección de manos.

## 2 Objetivos

Objetivo principal:
- Analizar cómo se pueden cambiar las funciones de un auxiliar administrativo durante una situación de alarma sanitaria.

Objetivos secundarios:
- Relacionar al auxiliar administrativo como enlace común con los profesionales de un hospital o centro de salud y los pacientes.
- Mostrar las pautas o habilidades propicias para manejar el estrés provocado por la pandemia.

## 3 Metodología

Este capítulo se ha elaborado mediante una revisión bibliográfica de artículos publicados en prensa digital y textos científicos divulgados por entidades vinculadas al
ámbito de la salud. Libros y revistas especializas. Palabras claves: Administración, covid 19, pandemia. Buscador Google Chrome.

## 4 Resultados

Los trabajadores no sanitarios entre los que están los auxiliares administrativos están sufriendo de problemas psicológicos derivados por el Coronavirus (COVID 19) aunque no suelen estar incluidos en los artículos donde si se hace referencia a los sanitarios de cómo trabajadores de la salud y se aportan una serie de pautas y consejos para que este colectivo pueda llevar esta pandemia de la mejor manera posible y protegerse de la mejor manera, ya que la protección de salud tanto física como metal es necesaria para realizar un buen trabajo.

Pautas para el manejo del estrés provocado por la pandemia de COVID-19:

- Aceptar la situación, esta nueva enfermedad es algo que nos ha tocado vivir, que ya había ocurrido en el pasado y que probablemente volverá a suceder en el futuro. Se debe aceptar la situación de una forma serena y calmada intentando no sentir tanta rabia, resentimiento e incertidumbre.
- Un número elevado de llamadas recibidas en la jornada de trabajo por el miedo al contagio nos puede llevar a sobrellevar mucha ansiedad.
- Si los síntomas de estrés y ansiedad continúan en el tiempo y no se solucionan se tendrá que acudir a un profesional.

Desde los organismos responsables de orientar la prevención de riesgos laborales se han venido realizando propuestas para mejorar y adecuar el entorno laboral en cada área de trabajo complementadas con las medidas higiénico-sanitarias de prevención de COVID-19:

La principal función del auxiliar administrativo es la atención al paciente y usuarios y se deberá informar con estas nuevas medidas impuestas:

- Priorizar la consulta telefónica, evitando colas y aglomeraciones.
- Servir de conductor entre usuarios, médicos, pacientes para intentar una mejor comunicación entre ellos.
- Si el paciente tiene que acudir al centro sanitario tiene que ser puntual a la cita fijada.
- La distancia de seguridad y tiene que llevar la mascarilla se realizará a la entrada el lavado de manos con solución hidroalcohólica.
- La protección de los trabajadores administrativos se realizará con pantallas protectoras.
- Se colocarán indicaciones visuales de cómo deben actuar los pacientes y usuarios en lugares estratégicos que recuerden todas estas medidas, así como marcar los flujos que han de seguir los pacientes para su entrada y salida del centro.
- Se ha de prestar una especial atención a la limpieza, tanto al habitáculo del trabajador como de su propia zona de trabajo.

- Minimizar el papeleo que se produce de la actividad diaria relacionada con las labores médicas, reduciendo así los posibles medios de trasmisión del COVID-19.
- Informar de las restricciones y acompañamiento de los pacientes, advirtiendo que solo se permite un acompañante por cada paciente atendido, excepto en algunas situaciones (menores de edad, ancianos o discapacitados).
- Las visitas de los pacientes hospitalizados, que solo podrán ser por una misma persona durante un tiempo limitado y siempre que lo autorice el médico.

## 5 Discusión-Conclusión

Ante el miedo y la preocupación de contraer el virus se suma el impacto de los cambios en nuestra vida cotidiana con el distanciamiento físico de nuestros seres queridos y amigos por el que estamos pasando en esta pandemia debemos atender tanto a los usuarios o pacientes con mucho más cuidados y empatizar más con ellos.

Tras la pandemia del Covid-19, la forma de trabajo se ha ido adaptando ajustándose a las nuevas directrices de la sanidad y aplicando unas otras medidas de seguridad necesarias para evitar contagios. La función del personal no sanitario, en concreto los auxiliares administrativos, en relación con usuarios siempre ha sido fundamental, más aún en el momento actual donde cobra especial importancia la buena organización y atención al paciente.

El auxiliar administrativo siempre está en primera línea con los pacientes y tienen mucho contacto tanto de forma visual y personal con una buena comunicación, pero en esta situación también con más empatía porque todos estamos pasando por esta pandemia. Respetar las recomendaciones que se indican en una serie de medidas relacionadas con el estrés que conlleva esta situación de pandemia en la que vivimos y la necesidad de realizar pausas en la medida de lo posible como pueden ser relajarse y desconectar del trabajo.

La salud de los trabajadores es el objetivo principal de prevención en la actual por la situación epidemiológica que deberá estar aún más protegida, ya que implica la salud del resto de personas de nuestro entorno.

## 6 Bibliografía

1. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/.
2. https://medlineplus.gov/spanish/.
3. https://www.scielo.org/es/.
4. Portal de salud del Principado de Asturias. http:// www.asturiassalud.es.

5. Sanidad Universal en tiempos de Pandemia. El país.com

## Capítulo 210

# LA FATIGA VISUAL DERIVADA DEL USO DEL ORDENADOR EN EL PERSONAL AUXILIARES ADMINISTRATIVOS

ISMAEL CARRETERO AMORES

ESTHER AMORES BERMEJO

MARIA DE LAS CRUCES CHAVES MONTES

PILAR MARÍA SERRANO GUDE

ALICIA CARRETERO AMORES

## 1 Introducción

Cualquier personal que se encuentra en una oficina pasa más y más tiempo delante de un ordenador. Es de esperar y normal que los problemas de visión sean cada vez algo más frecuentes en este personal, la gran mayoría pasa más de 7 horas al día delante de una pantalla.
Dependiendo de nuestro estado de salud visual, es posible que nuestros ojos deban hacer un esfuerzo adicional para obtener una imagen clara de la pantalla, incluso las personas que tienen una visión perfecta pueden tener molestias.
Durante todo el día, los músculos que se encuentran en los ojos se cansan y pierden su capacidad de concentrarse de manera óptima. Conforme la enfermedad

se agrava puede llegar a causar un aumento de la tensión muscular y una disminución del parpadeo de los ojos.
Los ordenadores, tablets y todos los móviles emiten una luz completamente artificial que se denomina luz azul que hace que la retina envejezca. Estos rayos son los auténticos responsables de las reacciones químicas que ocurren a nivel de la retina que se encuentran situada en el fondo del ojo provocando daños retinianos. En regla general, el cansancio ocular relacionado con las pantallas de ordenadores es temporal y empieza a mejorar en cuanto dejemos de utilizarlas. En casos leves, los ojos pueden volver a la normalidad en unas horas o al día siguiente. Las personas mayores pueden necesitar más tiempo para recuperarse.

## 2 Objetivos

Detectar el conjunto de molestias que dan lugar a la fatiga visual, explicar cómo tratar de reducirlas y cómo prevenir en la medida de lo posible su aparición, creando consciencia de dichas molestias ante el ordenador.

## 3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha realizado una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre la literatura científica existente. Se ha llevado a cabo 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

La fatiga visual es un conjunto de molestias que manifiestan que el ojo se ha visto sometido a un esfuerzo continuado. Puede ser debido a:
1. Mirar la pantalla del ordenador durante un tiempo prolongado.
2. Estar expuesto al aire seco en movimiento de un ventilador, sistema de calefacción o aire acondicionado, que pueden resecar el ojo, o por el contrario, la presencia de un ventilador puede hacer que lagrimee en exceso.
3. Postura inadecuada frente a la pantalla.
4. Mala iluminación del lugar de trabajo.

Cada persona notará la fatiga visual de diferente manera. Los síntomas más frecuentes de fatiga visual se presentan de diferentes formas:
1. Molestias oculares como escozor, picor con los ojos abiertos y que no disminuye al cerrarlos.
2. Enrojecimiento de ojos y abundante lagrimeo.
3. Visión borrosa y dificultad para enfocar y leer con claridad el documento que hay en la pantalla.
4. Cefalea al mover los ojos, con sensación de náuseas.
El uso de ordenadores, ha agilizado y facilitado tanto el trabajo del colectivo administrativo, que apenas reparamos en otra cosa que no sea la gran utilidad que nos prestan. Nadie repara en los riesgos que puede generar el uso continuado del ordenador por parte de un trabajador, hasta que con el paso del tiempo, alguna enfermedad profesional haga su aparición. Las personas que pasan mucho tiempo frente a una pantalla tienen muchas posibilidades de sufrir trastornos que deriven en enfermedad profesional, como consecuencia del uso incorrecto de este medio de trabajo.
Para prevenir la aparición de la fatiga visual, es preciso adoptar unas medidas, y las más importantes a tener en cuenta son:
1. Utilizar pantallas con la iluminación adecuada, sin destellos, brillos y reflejos, que faciliten una lectura fácil y rápida del documento en pantalla. Las luces que se reflejan en las pantallas exigen un sobreesfuerzo a los ojos que luego va a derivar en fatiga visual. Es aconsejable que la pantalla tenga un color relajante y cómodo a la vista.
2. Ajustar la configuración de la pantalla, con el tamaño de letra que resulta más fácil de leer, así como el contraste y el brillo a un nivel que resulte agradable.
3. La iluminación de la estancia ha de ser la adecuada, no muy fuerte, ya que estar expuesto a luz brillante o resplandor provoca molestias oculares, ni muy tenue, puesto que si la luz es insuficiente el ojo ha de hacer un sobreesfuerzo. La habitación ha de tener una iluminación adecuada para llevar a cada actividad, no inferior a 500 lux, y en caso de que fuese posible, luz blanca. El medio óptimo es luz natural, que incida tangencialmente sobre el puesto de trabajo.
4. Se debe evitar la utilización de una mala pantalla, ya que obliga a forzar la vista en el documento, y supone un sobreesfuerzo ocular. Es aconsejable, en monitores viejos, colocar delante de la pantalla filtros de luminosidad y campos electrostáticos.
5. Para que las molestias de estar trabajando con un ordenador se minimicen, la distancia de los ojos a la pantalla ha de ser de aproximadamente unos 50 centímetros, y los ojos deben estar alineados al borde superior de la pantalla. Una pos-

tura inadecuada supone un sobreesfuerzo a los músculos oculares, lo que puede provo149 car cefaleas y conjuntivitis.
6. Cuando comienza la fatiga visual se suele traducir en lagrimeo o inicio de cefalea, conviene detener unos minutos la actividad, y llevar a cabo otra actividad más relajante, como cerrar los ojos un par de minutos. Éste simple gesto, ayuda a calmarlos.
7. Para reducir el trabajo de la pupila, y siempre que el oculista así lo aconseje puede ser de gran ayuda el uso de gafas adaptadas a la distancia del equipo de trabajo, para minimizar los problemas de conjuntivitis debido a la cercanía de la pantalla.

## 5 Discusión-Conclusión

La fatiga visual es una consecuencia de pasar largo tiempo frente a un ordenador, y es un mal silencioso para la mayoría de los trabajadores. Viendo los resultados de distintos estudios deducimos que sí que es cierto que hay una clara relación entre el tiempo de contacto con un equipo de trabajo, y la fatiga visual.
Lo más importante es que debemos ser conscientes de que nuestros ojos pierden precisión cuando están fijos durante mucho tiempo en una luz artificial a corta distancia, por lo que debemos adoptar una buena postura ante el ordenador y si fuera necesario acudir a un oftalmólogo que nos examine. Debemos realizar los ejercicios para el descanso ocular e intentar reducir los síntomas de la fatiga visual.

## 6 Bibliografía

1. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/.
2. https://www.scielo.org/es/.
3. https://medlineplus.gov/spanish/.

## Capítulo 211

# HIGIENE POSTURAL DEL PERSONAL AUXILIAR ADMINISTRATIVO

ISMAEL CARRETERO AMORES

ESTHER AMORES BERMEJO

MARIA DE LAS CRUCES CHAVES MONTES

PILAR MARÍA SERRANO GUDE

ALICIA CARRETERO AMORES

## 1 Introducción

La higiene postural es un conjunto de normas que tienen por objeto el correcto mantenimiento de la posición del cuerpo, tanto en equilibrio como en situación de movimiento, para evitar las lesiones y a la vez cuidar de nuestra columna vertebral y de las ademas articulaciones de nuestro cuerpo.
Todo el personal administrativo a lo largo de toda la jornada de trabajo, adopta diferentes posturas en función de la actividad que realiza.
El acogimiento de malos hábitos posturales como estar mucho tiempo en la misma posición, realización de movimientos repetitivos, posturas forzadas… etc, pueden desencadenar principalmente en dolores de espalda. Una de las causas principales de la fatiga postural es la realización de tareas que obligan al trabajador a permanecer de forma prolongada en determinadas posturas de trabajo, ya que se pasa muchas horas sentado frente a la pantalla del ordenador, con poca

luz y realizando movimientos repetitivos. Una correcta postura es aquella que permite la realización de las actividades con la mayor eficacia.
El mantenimiento de una correcta postura en el puesto de trabajo es fundamental para prevenir y evitar multitud de patologías como hernias discales, ciáticas, lumbalgia…etc.
Hay que corregir nuestra postura para intentar disminuir los riesgos de padecer algún tipo de dolencia y así evitar las consecuencias negativas salud y el bienestar de los trabajadores.
El principal objetivo de la higiene postural es aprender una serie de normas para ayudar a proteger la espalda a la hora de realizar actividades rutinarias en el ámbito laboral.

## 2 Objetivos

Exponer e indicar la importancia y recomendaciones de una adecuada higiene postural para el personal auxiliar administrativo en los centros sanitarios.

## 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, seleccionado artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisada.

## 4 Resultados

Adoptar una postura correcta hará que nuestro cuerpo se encuentre en equilibrio, mejorando la circulación y afectando positivamente a nuestro sistema linfático y de energía, lo que se traduce en un gran bienestar para nuestra salud en general como una mayor flexibilidad, una disminución de dolores crónicos, mayor agilidad, músculos más fuertes y resistentes, lo cual se traduce en una mayor protección a nuestra columna vertebral evitando así posibles daños o lesiones.
Una buena formación de los trabajadores produce mejoras en el bienestar laboral y personal del trabajador, ya que mejora su calidad de vida.
Algunas de las recomendaciones son las siguientes:
- Evitar giros posturales o laterales del tronco.

- Mantener una correcta postura frente al ordenador.
- Evitar el estatismo postural.
- Llevar un estilo de vida adecuado.
- Hacer ejercicios de relajación.
- Escoger mobiliario de oficina ergonómico para evitar dolores de espalda y problemas con las articulaciones.
- Ajustar la luminosidad del espacio para evitar molestias visuales.
- Estirar el cuerpo cada cierto tiempo para mejorar la postura.

Para la mejora de la postura y el fortalecimiento de los músculos, la práctica del yoga ha demostrado ser altamente beneficiosa, porque ademas de proporcionar una disminución del estrés supone una mejora de los músculos que intervienen en una correcta postura.

Todas estas prácticas no sólo mejoran el bienestar laboral y personal de cada trabajador, sino que benefician también a las empresas mejorando su productividad ya que se reducen las molestias relacionadas con la espalda, disminuyendo por tanto el numero de bajas por enfermedad.

Una buena higiene postural combinada con estiramientos cada cierto tiempo y un mobiliario adecuado , es decir ergonómico, lograrán reforzar nuestra musculatura de espalda y de las articulaciones y así evitar todos los problemas que eso conlleva.

## 5 Discusión-Conclusión

Existen elementos causales comunes los cuales se pueden evitar con una buena formación en hábitos de salud postural. Hay que seguir unas sencillas pautas en beneficio de nuestra salud, reduciendo el riesgo de sufrir cualquier tipo de dolencia muscular. Llevando a cabo una correcta higiene postural hará que nuestra espalda se encuentre más fuerte y sana pudiendo lograr así una mayor productividad y menor absentismo laboral.

La fatiga crónica se observa con relativa frecuencia, sobre todo en profesionales administrativos. Las causas de la misma vienen determinados en la mayoría de las veces por las malas posturas adoptadas en los puestos de trabajo. hay que seguir las recomendaciones que nos dan los servicios de prevención de riesgos laborales en cuanto a las medidas a adoptar para frenar o eliminar la fatiga postural.

## 6 Bibliografía

- Ley 31/1995 de 8 de Noviembre de Prevención de Riesgos Laborales.

- Manual de Seguridad y Salud en el sector hospitales-FREMAP 2010.
- Instituto Nacional de Seguridad y Salud en el trabajo-2011. Pantallas de ordenador: cómo trabajar seguro.
- Artículo Salud Laboral y Ergonomía- Revista Elsevier Volumen 20. Numero 1-2001

## Capítulo 212

# EL CELADOR EN SU TRATO CON EL PACIENTE Y FAMILIARES

JORGE SANCHEZ GUTIERREZ

TOMÁS FERNÁNDEZ MUÑOZ

FRANCISCA LEMUS MORENO

SANDALIO SOLER DOCON

MARIA DEL CARMEN LOPEZ-ANTONA MOLERO

## 1 Introducción

El celador, como miembro del equipo de salud, posee una serie de funciones específicas que constituyen el objetivo de su quehacer diario. Muchas de esas funciones conllevan un trato directo con el paciente, es por ello que el celador debe desarrollar una serie de habilidades fundamentales que le permitan prestar al cliente una atención adecuada contribuyendo a su bienestar general.

Tradicionalmente se ha considerado que determinadas habilidades de trato al paciente solo eran necesarias en facultativos o personal de enfermería, por considerar que eran estos los que tenían mayor relación con el enfermo y los que mayor influencia poseían para lograr un cambio positivo en su estado de salud.

Si bien ese contacto del paciente con los profesionales es cierto y muy importante, también podemos afirmar que no es el único.

El celador, al igual que cualquier otro trabajador de una Institución sanitaria, tiene que tener en cuenta que en muchas ocasiones va a tratar con personas que

sufren y por tanto su comportamiento delante de ellas (o de sus familiares) debe ser en todo momento humano y delicado.
La actitud del celador hacia las personas es de suma importancia e influirá en la impresión que pacientes y familiares se lleven de la Institución en general.

## 2 Objetivos

- Exponer la importancia de la comunicación en la relación con el paciente.
- Describir los componentes y tipos de comunicación.

## 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 revisa

## 4 Resultados

Una buena comunicación mejora las relaciones entre las personas, tanto dentro del entorno laboral, como en la vida personal. Las personas durante su estancia en los hospitales necesitan que los profesionales por los que son atendidos les escuchen y les informen adecuadamente. La comunicación tiene un efecto beneficioso, es conocido el bien que hace poder hablar, pero es terapéutico cuando se emplea para ayudar al paciente a resolver problemas de salud.
La relación en el trato con el paciente debería comprender estas tres características que se consideran fundamentales:
- Calidez o aceptación incondicional
-Empatía
- Congruencia
La palabra comunicación deriva del latín “communicare”, que puede traducirse como poner en común, compartir algo.
El proceso de comunicación es un proceso mediante el cual yo, emisor, te manifiesto a ti, receptor, mi forma de captar, sentir y vivir en estos momentos mi realidad y lo que espero de ti al decirte esto, y en el que tú, receptor, me reflejas lo que has captado de lo que yo he dicho, tanto a nivel de contenido, sentimiento

y demanda, así como lo que has captado con el lenguaje no verbal. No es por tanto un mero mecanismo de transmisión lineal de información, es un modo de intercambio que constituye la base de las relaciones, tanto humanas como profesionales.

En el proceso de la comunicación intervienen los siguientes elementos:

• EMISOR. Es la persona que tiene algo que decir y toma la iniciativa de comunicar. Es la fuente de información de la cual parte un mensaje o información.

• RECEPTOR. Persona a la que va dirigido el mensaje y está encargado de su decodificación/interpretación.

• MENSAJE. Conjunto de ideas, sentimientos, acontecimientos expresados por el emisor y que desea transmitir al receptor para que sean captados de la manera que desea el emisor. Es el objeto de la comunicación. El núcleo de la información. Debemos distinguir entre: a) mensaje pensado o proyectado. Es aquel que el emisor intenta trasmitir. b) mensaje transmitido. Es aquel que está en el canal de la comunicación. c) mensaje recibido. Es el decodificado y comprendido por el receptor.

• CONTEXTO/SITUACIÓN. Es el tiempo y lugar donde tiene lugar el acto comunicativo.

• CÓDIGO. Conjunto de signos y símbolos que el emisor utiliza para transmitir su mensaje, de manera que siempre el receptor pueda entenderlos y descifrarlos.

• CANAL. Es el medio a través del cual se transmite la información, estableciéndose una conexión entre emisor-receptor.

• RUIDO. Cualquier perturbación que sufre la señal en el proceso comunicativo, puede darse en cualquiera de sus elementos.

• RETROALIMENTACIÓN. Es la condición necesaria para la interactividad del proceso educativo. Es el conjunto de informaciones que obtenemos de la propia comunicación y que nos permite evaluar el proceso.

• FILTROS. Son las barreras internas que surgen de los valores, conocimientos, expectativas, prejuicios…de emisor y receptor. Es importante controlarlos para impedir la distorsión del lenguaje en su sentido o en su interpretación

Según el código que en ellas se ocupe, existen distintos tipos de comunicación. a) Comunicación lingüística escrita, cuando el código empleado es lingüístico escrito. Por ejemplo, la correspondencia por carta b) Comunicación lingüística oral, cuando el código empleado es lingüístico oral. Por ejemplo, cuando conversamos. c) Comunicación no lingüística visual, cuando el código empleado es no lingüístico visual. Por ejemplo, la publicidad. d) Comunicación no lingüística gestual, cuando el código empleado es no lingüístico gestual. Por ejemplo, los gestos que utilizamos a diario. e) Comunicación no lingüística acústica, cuando el código

empleado es no lingüístico acústico. Por ejemplo, la bocina de la bici.
Según el tipo de relación establecida entre emisor y receptor se puede hablar de:
1. Comunicación lineal. En este modelo observamos un flujo lineal en el que el receptor adopta un papel pasivo y, por tanto, el emisor tiene que hacer un importante esfuerzo para transmitir bien el mensaje, puesto que el énfasis se pone en el mensaje en sí. Este es el modo más fácil de comunicarse, el que usamos la mayor parte de nuestro tiempo, en el que, cuando hay incomprensiones, solemos echarle la culpa al emisor o al receptor. Es insuficiente e impreciso.
2. Comunicación participativa o comunicación interacción. La comunicacióninteracción nos pone de manifiesto el carácter recíproco y mutuo de la comunicación. Implica a dos personas que quieren comunicarse y que deben ser capaces de ponerse en el lugar del otro. La comunicación se hace en los dos sentidos, deja de ser un proceso lineal para transformarse en un proceso circular, en el que los participantes van ocupando respectivamente los papeles de emisor y receptor.

## 5 Discusión-Conclusión

El celador debe mostrar siempre respeto, intentar obtener la confianza del paciente, ser sincero, mostrar empatía, preciso en el desarrollo de su trabajo y todo ello de una manera asertiva.
En su trabajo diario, el celador va a tener que enfrentarse a muy diversas situaciones, muchas veces poco agradables, y que van a requerir unas habilidades concretas por parte del mismo.
Por su ubicación en instituciones sanitarias, por sus funciones o por motivos diversos, el celador puede llegar a convertirse en la ”puerta” a la que todos llaman para emitir quejas, reclamaciones, etc. y no solamente por parte del cliente sino también por parte de otros profesionales de la institución.
Esta situación crea en la persona que la vive una tensión que es difícil, pero a la vez necesario, controlar pues el no hacerlo agrava aún más el problema que la originó y, lo que es peor, repercute de forma directa en el trato del paciente.
La forma de comunicarse se va aprendiendo a lo largo del tiempo con la práctica, de igual manera que se aprende a nadar, conducir, etc.
Una buena comunicación con el paciente influye en el bienestar de este. El paciente necesita ser escuchado, busca en el profesional no solo una asistencia terapéutica sino afectividad, cercanía, empatía, implicación e incluso también consuelo. Todo ello forma parte hoy en día de la calidad asistencial

# 6 Bibliografía

https://psicopedia.org/wp-content/uploads/2014/07/Habilidades-socialescomunicacion.pdf
El proceso de la comunicación (introducción a la teoría y la práctica). Kenneth, Berlo David
Habilidades de comunicación interpersonal en las unidades de atención al usuario del S.A.S.(borrador) https:// www.auxiliar-enfermería. com/funciones _-celador.htm Temario Celador 2018. Editorial CEP
Talavera Pleguezuelos, Clemnte. Atención al usuario de la Administración Publica. Pags. 82-122

## Capítulo 213

# EL CELADOR EN LAS DISTINTAS UNIDADES DE PSIQUIATRIA

JORGE SANCHEZ GUTIERREZ

TOMÁS FERNÁNDEZ MUÑOZ

FRANCISCA LEMUS MORENO

SANDALIO SOLER DOCON

MARIA DEL CARMEN LOPEZ-ANTONA MOLERO

## 1 Introducción

La salud mental es un componente esencial e integral de la salud.
La Organización Mundial de la Salud dice :" La Salud es un estado completo de bienestar físico , mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades " por eso considera que la salud mental es algo más que la ausencia de trastornos o discapacidades mentales.
Hay factores como el de la personalidad o factores psicológicos específicos que pueden hacer a la persona más vulnerable a trastornos mentales , aunque también existen factores genéticos o de desequilibrios bioquímicos cerebrales.
La psiquiatría es la parte de la medicina que se encarga del estudio , diagnóstico, tratamiento y prevención de las enfermedades mentales y como especialidad médica estudia sus tipos ,causas ,cursos y tratamientos.
Con la entrada en vigor de la Ley General de Sanidad (Ley 14/1986,de 25 de abril) se cerraron prácticamente la totalidad de las instituciones psiquiátricas (mani-

comios). Esta ley otorgó el derecho a los pacientes con algún trastorno mental a poder recibir asistencia y tratamiento en los centros sanitarios y servicios sociales para poder rehabilitar y reinsertar a estos pacientes en la sociedad.
A día de hoy en la sociedad en que vivimos , cobra especial relevancia la salud mental , debido al ritmo de vida que llevamos en ocasiones sufrimos cuadros de extres , depresión , adicciones y otras patologías que pueden alterar nuestra salud mental.

## 2 Objetivos

Conocer las distintas unidades que existen en psiquiatría.
Saber cuáles son las funciones de el/la celador/a en las unidades en las que preste sus servicios.

## 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

Normalmente conocemos erroneamente la psiquiatría como la hospitalización de enfermos con distintas patologías psíquicas , intentos de autolisis etc..
Pero realmente la psiquiatría está compuesta de muchas unidades de las que hablaremos a continuación.
CONSULTAS DE PSIQUIATRIA Y PSICOLOGIA
En este tipo de unidad el papel de el/la celador/a es prácticamente inexistente salvo en caso de que el personal sanitario nos requiera o para informar al paciente donde se encuenta ubicada dicha consulta.
URGENCIAS DE PSIQUIATRIA
A esta unidad el paciente puede acudir de varias formas , o por su propia voluntad o derivado desde atención primaria o especializada para ser valorado por el psiquiatra , el cual valorara bajo su criterio si el paciente debe ser hospitalizado o es dado de alta con algún tipo de tratamiento.

En este servicio podemos encontrar un amplio equipo compuesto por ; personal médico , personal de enfermería (DUE , TCAE) celador/a y personal de seguridad. Este suele ser un servicio complejo puesto que hay pacientes que requieren de ingreso y no quieren ser ingresados y pacientes que no requieren ingreso y quieren ser ingresados ( ej ; librarse de causas pendientes con la justicia , posponiendo la fecha del juicio al estar ingresado) lo cual lleva a conflictos entre el paciente y el personal del servicio.

La labor del celador suele ser la misma que en otros servicios , aunque en este servicio el grado de empatía debe ser mayor debido a la fragilidad de estos pacientes.

Unidad de Salud Mental Infanto-Juvenil (USM-IJ) Es el dispositivo ambulatorio o servicio sanitario en el que se realiza el diagnóstico y tratamiento en régimen ambulatorio de las enfermedades y trastornos mentales, emocionales, relacionales y del comportamiento de las personas menores de edad. Desarrolla actuaciones preventivas y de interrelación con otros recursos sanitarios, sociales y educativos.

Hospital de Día Infanto-Juvenil (HD-IJ) Es el dispositivo o servicio sanitario ambulatorio para el tratamiento intensivo de pacientes menores de edad con trastornos mentales graves.

Unidad de Hospitalización Breve Infanto-Juvenil Es el dispositivo asistencial específico para el tratamiento intensivo de niños y adolescentes que precisan hospitalización de corta duración.

En este servicio la labor del celador es ;

- Vigilar la entrada y salida de familiares a la hora de visita y durante su estancia en el servicio.
- Vigilar que no se generen conflictos entre pacientes .
- Ayudar al personal sanitario a la contención del paciente cuando sea necesario y bajo prescripción médica .
- Ayudar al aseo personal a pacientes que lo precisen.
- Trasladar aparatos y mobiliario.
- Otras funciones similares a las anteriores que no queden explícitamente reseñadas

Unidad de Salud Mental (USM) Es el recurso o centro sanitario en el que se realiza el diagnóstico y tratamiento en régimen ambulatorio de las enfermedades y trastornos mentales, emocionales, relacionales y del comportamiento de las personas adultas. Es el dispositivo central de la red y en el que se activa el resto de recursos que sea necesario.

Unidad de Hospitalización Breve (UHB) La UHB es el dispositivo con internamiento para el diagnóstico y tratamiento de los trastornos mentales y del com-

portamiento en pacientes mayores de edad que requieren hospitalización de corta duración, así como para tratamientos de desintoxicación de sustancias adictivas . En este servicio las funciones del celador son las mismas que en la unidad mental infanto -juvenil

Unidad de Media Estancia (UME) La UME es el dispositivo o servicio sanitario para la asistencia en régimen de ingreso completo de aquellos pacientes necesitados de un abordaje terapéutico estructurado con el fin de conseguir su rehabilitación y capacitación para la reintegración comunitaria.

Hospital de Día de Adultos (HDA) Es un dispositivo o servicio sanitario ambulatorio donde se lleva a cabo el tratamiento intensivo de los adultos con trastornos mentales graves.

Unidad de Trastorno Alimentario (UTA) - Centro o servicio sanitario para la atención a las personas con trastornos de la conducta alimentaria con internamiento .

Unidad de Conductas Adictivas (UCA) Centro o servicio sanitario ambulatorio en el que se presta una atención integral a las personas o pacientes con conductas adictivas.

## 5 Discusión-Conclusión

La salud mental conlleva una gran infinidad de trastornos y conductas por las cuales , el personal que realiza sus servicios en las diferentes unidades de psiquiatría ha de estar altamente cualificado y entrenado para las distintas situaciones a las que se deben enfrentar en el trato con estos pacientes , la persona más sensible y cariñosa debido a su enfermedad se puede convertir en la más agresiva de un momento a otro y vernos en una situación cuanto menos comprometida.

Es por eso que el/l celador/a de la unidad de psiquiatría ha de tener unas grandes dotes de empatía y buen conocimiento de la peculiaridad de estos pacientes , tratando siempre de mantener un comportamiento relajado y no mostrar nunca una actitud agresiva hacia ellos ,sino todo lo contrario hacerles ver con dialogo que su actitud no es la correcta.

## 6 Bibliografía

1. www.mscbs.gob.es
salud mental/organización y dispositivos
2. boe.es ley 14/1986,de 25 de abril / los servicios de salud mental
3. www.auxiliar-enfermeria.com/funciones

del celador

## Capítulo 214

# EL CELADOR EN LOS DISTINTOS SERVICIOS DEL ÁREA DE URGENCIAS DENTRO DE UN HOSPITAL

JORGE SANCHEZ GUTIERREZ

TOMÁS FERNÁNDEZ MUÑOZ

FRANCISCA LEMUS MORENO

SANDALIO SOLER DOCON

MARIA DEL CARMEN LOPEZ-ANTONA MOLERO

## 1 Introducción

El área de urgencias dentro de los hospitales es de las más demandadas por parte de la población pues es donde más rápido pueden ser atendidos ante cualquier problema de salud.
Los diferentes puestos en una unidad de urgencias son: Boxes, Observación, Rayos X y Puerta.
Saber cuál es el cometido de cada uno de sus integrantes hace que el ritmo de trabajo sea el más óptimo para los usuarios, teniendo en cuenta que es una unidad de corta estancia, donde el paciente será dado de alta después de recibir la atención más adecuada a su patología o bien quedará ingresado en una de las plantas del hospital

Es muy importante que los celadores destinados en el servicio de urgencias cumplan perfectamente sus funciones para garantizar el buen funcionamiento de la unidad.
Por todo esto vamos a intentar explicar cuál es la labor de cada uno de los celadores en este servicio y la importancia de no solo tener los conocimientos que esta unidad requiere, sino también tener una perfecta coordinación con todos los miembros que componen el equipo, tanto el personal médico, enfermería, auxiliares y por supuesto de los celadores.
De todo esto dependerá la fluidez del servicio y de que los pacientes salgan los más satisfechos posible.

## 2 Objetivos

Identificar cuál es el cometido de los celadores en el servicio de urgencias de un hospital, informando sobre las diferentes funciones que tienen y lo importante que es esto para poder prestar una buena atención a los pacientes.

## 3 Metodología

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

## 4 Resultados

Depende del tamaño del hospital estarán destinados a estos servicios un número determinado de celadores. Cada uno de ellos deberá saber cuál será su cometido para poder realizar el trabajo con fluidez, es muy importante no interferir en el trabajo de los compañeros para que el servicio de urgencias resulte eficaz y que los pacientes se sientan atendidos correctamente. Se debe realizar el trabajo en equipo, ya que al ser una zona bastante compleja se obtendrán unos resultados óptimos.
La misión de los celadores en los distintos servicios son:
-Celador de puerta

Recibirá a los pacientes, los acompañará a la zona de admisión donde darán sus datos personales y a continuación irán con ellos a la zona de triaje
-Celador de boxes
Es el lugar donde el personal médico reconoce al enfermo, por lo que la misión del celador será llevar y sacar a los enfermos.
-Celador de Rayos X
El celador llevará a los enfermos a que se les realicen las distintas placas de rayos x
-Celador de observación
En este servicio el celador llevará a los pacientes a las camas para que estos queden ingresados las horas necesarias para o bien dar de alta o bien quedar ingresado en alguna de las plantas del hospital
Otra de las áreas existentes dentro de un hospital y al que primero se dirigirán los pacientes a la entrada por el servicio de urgencias y una vez haya sido recibido por el celador será la zona de admisión donde el paciente dará sus datos personales como son: nombre, dirección y números de teléfono a los cuales se dirigirá el médico que ha asistido al enfermo para así poder informar a los familiares.

## 5 Discusión-Conclusión

Se ha explicado cuál es el cometido de los celadores en el servicio de urgencias de un hospital y lo importante que es esto para poder prestar una buena atención a los pacientes.
Es muy importante que cada uno de los integrantes del equipo de trabajo tengan claro cuál es su cometido pues de esto depende la buena marcha del servicio, así también no interferir en la tarea de los demás, pues esto supondría ralentizar el trabajo del resto de los compañeros, ya que esto supondría un efecto negativo sobre los pacientes que son realmente y principalmente nuestra mayor prioridad.

## 6 Bibliografía

1. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/.
2. https://medlineplus.gov/spanish/.
3. https://www.scielo.org/es/.

## Capítulo 215

# EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN RELACION CON LA EMPATÍA Y LA ASERTIVIDAD

RICARDO AGUIRRE GONZÁLEZ

MARIA JOSE VIZCAINO GONZALEZ

VERONICA LARIA GIL

## 1 Introducción

Las primeras personas con las que entran en contacto los pacientes que acuden a la sanidad es con el auxiliar administrativo que está tras el mostrador, a ellos deben de dirigirse para solicitar cualquier trámite que necesiten. El motivo por el que una persona acude al servicio de salud puede ser muy diverso, desde pedir una cita médica o de enfermería, recoger material sanitario, realizar pruebas o incluso podríamos estar ante un motivo de máxima urgencia. Cada uno de estos pacientes tienen detrás de sí un mundo diferente, seguramente unos mejores y otros peores. El auxiliar administrativo no está para escuchar la vida de cada caso concreto, pero sí debería de sacar a relucir la empatía y asertividad que todo auxiliar administrativo tendría que tener para trabajar en este entorno sanitario y saber actuar con cada paciente de la manera que más le tranquilice y mejor se sienta.No olvidemos que no hay dos pacientes iguales, cada ser es distinto,por tanto no podemos tratarlos a todos por igual. Estas dos cualidades , muy valiosas hoy en día, también debería de extrapolarse al entorno en el que trabajamos y las relaciones con nuestros compañeros, dejando siempre de lado temas personales que no estén relacionados con el puesto de trabajo

## 2 Objetivos

- Definir los términos ” empatía ” y ” asertividad ” desde el punto de vista del auxiliar admninistrativo que desempeña sus funciones en una intitución sanitaria.

## 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

Comenzaremos recordando lo que es la empatía y la asertividad para poder comprender el presente capítulo, puesto que la empatía la necesitamos para ponernos en el lugar de los pacientes/usuarios y la asertividad la pondremos en marcha para defender nuestros derechos respecto a conflictos que surgen a menudo con estos mismos usuarios/pacientes. EMPATÍA: Según lo define el Diccionario de la Real Academia Española, la empatía es la capacidad que tenemos de ponernos en el lugar de alguien y comprender lo que siente o piensa. El origen del término se encuentra en un vocablo griego que hace referencia a la capacidad cognitiva de percibir los sentimientos ajenos como propios. A grandes rasgos podríamos decir que gracias a esta aptitud sentimos el deseo de ayudar a otros individuos cuando están atravesando un momento difícil de la vida. Esta definición hace referencia a la capacidad cognitiva, y seguramente nos preguntaremos ¿Qué es concretamente esto de la capacidad cognitiva? Pues es todo lo relacionada con el procesamiento de la información tales como la atención, la memoria, comprensión etc. Es decir, si no estamos atentos a lo que un paciente nos dice, si no tenemos interés en comprenderlo nunca seremos empáticos con ellos. Por ejemplo cuando un usuario nos está pidiendo una cita con el médico y nos está comentando el horario al que él podría acudir a esa consulta, pero nosotros ni estamos atentos ni mostramos ningún interés en escucharle, tardaremos mucho más en hacerle la gestión y le haremos perder el tiempo, le preguntaremos lo mismo varias veces y actuaríamos de un modo totalmente empático que es justo lo contrario de empático. La empatía es una habilidad que se puede trabajar, pero como casi todo en la vida, siempre requiere actitud positiva y ganas para poder conseguirlo. ASERTIVIDAD Estrategia de comunicación que nos permite defender nuestros

derechos y expresar nuestra opinión, gustos e intereses, de manera libre y clara, sin agredir a otros y sin permitir que nos agredan. Una conducta asertiva nos permite hablar de nosotros mismos, aceptar cumplidos, pedir ayuda, discrepar abiertamente, pedir aclaraciones y aprender a decir ”no”. La asertividad la usaremos para defender nuestras directrices y procedimientos de trabajo, es un comportamiento comunicacional maduro en el que la persona ni agrede ni se somete a la voluntad de otras personas, sino que expresa sus convicciones y defiende sus derechos. Permite defender los derechos de cada uno sin agredir ni ser agredido. Cuando los pacientes/usuarios no están de acuerdo, se sienten insatisfechos o no entienden nuestra forma de proceder, pero nuestro trabajo así lo requiere, le comunicaremos nuestros procedimientos sin herirle. La asertividad es necesaria y conveniente dados los beneficios que genera. Por ejemplo y utilizando el caso del ejemplo expuesto en la empatía, un usuario que quiere que se le dé una cita para un día concreto a una hora concreta y esa hora ya está ocupada por otro paciente, pero este no lo entiende, en ese caso se lo intentaremos explicar asertivamente con buenas palabras y sin herirle, así estaremos indicándole que solo se expide una cita por cada hora, que es nuestro protocolo, pero no le contestaremos con un simple “no puede ser”.

## 5 Discusión-Conclusión

Para poder fomentar un buen ambiente de trabajo y que los pacientes que acuden a una institución sanitaria puedan estar satisfechos con el trabajo desarrollado por el personal auxiliar administrativo, es muy importante poner en funcionamiento dos habilidades sociales que cada vez son más demandadas e imprescindibles para estar atendiendo al público y son las siguientes: la empatía y la asertividad.

El tiempo que se invierte en trabajarlas es tiempo de calidad desde mi punto de vista y desde mi opinión, debería de haber una formación obligatoria cada cierto tiempo para poder consolidar habilidades importantes como las dos anteriormente mencionadas.

Con una buena formación se verá reflejada en el trabajo diario y en contento del personal.

## 6 Bibliografía

1. www.saberpsicología.
2. RAE

3. Wikipedia
4. www.accesibilidadcognitivaurbana.fundacionONCE.es

## Capítulo 216

# EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO Y LOS RIESGOS ERGONÓMICOS A LOS QUE ESTÁ EXPUESTO: REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA

CAROLINA VIEJO SUÁREZ

MARIA JOSE VIZCAINO GONZALEZ

## 1 Introducción

Según la Real Academia de la Lengua Española o R.A.E. podemos definir la ergonomía como el estudio de la adaptación de las maquinas, muebles y utensilios a la persona que los emplea habitualmente, para lograr una mayor comodidad y eficacia. Según la Asociación Internacional de Ergonomía, la ergonomía es el conjunto de conocimientos científicos aplicados para que el trabajo, los sistemas, productos y ambientes se adapten a las capacidades y limitaciones físicas y mentales de la persona. Según la Asociación Española de Ergonomía, la ergonomía es el conjunto de conocimientos de carácter multidisciplinar aplicados para la adecuación de los productos, sistemas y entornos artificiales a las necesidades, limitaciones y características de sus usuarios, optimizando la eficacia, seguridad y bienestar. Los principales problemas ergonómicos a los que se enfrentará el auxiliar administrativo en su puesto de trabajo son las pantallas de visualización, que en condiciones inadecuadas pueden producir desde fatiga visual hasta trastornos musculo-esqueléticos por las malas posturas, muchas veces debido a un mobiliario inadecuado. Debemos tener en cuenta que estas lesiones a parte de causar

dolor merma la eficiencia del trabajador y aumenta los gastos para el estado debido a las bajas. Por ello se debería hacer más hincapié en ello y buscar medidas que puedan solucionarlos.

## 2 Objetivos

-Establecer las competencias de conocimientos, habilidades y actitudes necesarias en el trabajo del auxiliar administrativo.
-Conocer la importancia de una realización eficaz del manejo de la ergonomia en el auxiliar administrativo.
-Exponer la necesidad de mejorar el abordaje multidisciplinar en cuanto a la ergonomia en el puesto de trabajo del auxiliar admnistrativo.

## 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 labores a desarrollar por el auxiliar administrativo en su puesto de trabajo requieren muchas veces de movimientos repetitivos o posiciones estáticas durante largos periodos de tiempo que pueden llegar a afectar a la espalda, cuello, extremidades superiores u hombros de manera perjudicial llegando a producir lesiones. Estas lesiones, además de producir dolor y poder volverse crónicas, pueden limitar el número de tareas a realizar por el auxiliar administrativo en el puesto de trabajo. Entre las lesiones más habituales que puede llegar a padecer el auxiliar administrativo están las siguientes: dolor de espalda o lumbalgia, contracturas de espalda, síndrome del túnel carpiano, tendinitis, la osteoporosis, problemas visuales. Debido a estos problemas se han de realizar una serie de recomendaciones para ser aplicadas en el puesto de trabajo del auxiliar administrativo. Algunas de esas recomendaciones son: diseñar el puesto de trabajo con equipos de trabajo, mobiliario e iluminación adecuados, regular la altura de la silla con respecto a la mesa y a la pantalla del ordenador para evitar en lo máximo posible posturas forzadas que pueden llegar a ser perjudiciales, apoyar completamente

la zona lumbar en el respaldo de la silla, mantener una posición erguida y relajada, utilizar un atril para elevar los documentos a la altura de los ojos para poder procesar los mismos sin tener que hacer ninguna clase de esfuerzos, mantener una correcta distancia visual con respecto a la pantalla tratando de tener la parte superior de la misma a la altura de los ojos, intentar limitar el numero de movimientos repetitivos lo máximo posible adaptando para ello los puestos de trabajo colocando la mesa de manera que no tengamos que girarnos para atender a los pacientes, para contestar el teléfono o para utilizar el ordenador. Otras medidas serian cambiar de postura, alternando pausas y descansos.

## 5 Discusión-Conclusión

El personal auxiliar administrativo que desempeña sus funciones dentro de una institución sanitaria ,están sometidos diariamente a problemas ergonómicos en su puesto de trabajo que les afectan tanto a ellos como a los pacientes que tratan directamente en muchas ocasiones, debido a que si el trabajador no se encuentra bien, eso se transmite al paciente.
Hoy en día, con las nuevas tecnologías y la introducción de éstas en los puestos de trabajo, el auxiliar administrativo permanece muchas horas en posturas que llegan a ser perjudiciales para su salud provocando lesiones musculares.
Por último, decir que gracias al estudio de la ergonomía se han podido establecer unas medidas para poder reducir estas lesiones.

## 6 Bibliografía

1- Instituto Nacional de Seguridad y Salud en el trabajo (2015).
2- Reglamento sobre lugares de trabajo. Real Decreto 486/1997.
3- Diferentes bases de datos.

## Capítulo 217

# EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO Y LAS FUNCIONES QUE DESEMPEÑA EN URGENCIAS DE UN CENTRO HOSPITALARIO: REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA

OLAYA RUBIO VILCHEZ

MARIA JOSE VIZCAINO GONZALEZ

## 1 Introducción

El auxiliar administrativo es una pieza clave en los servicios de urgencias, de la misma forma que lo es en el resto de los servicios del ámbito sanitario. En los servicios de urgencia el auxiliar administrativo, organiza, gestiona, planifica y programa todas las actividades asistenciales. Para el correcto desempeño de su trabajo, el profesional tiene la obligación de conocer los protocolos y la normativa vigente en estos servicios, para la buena marcha del servicio. Otra tarea muy importarte que debe llevar a cabo el auxiliar administrativo en los servicios de urgencia es dar todo el apoyo que sea necesario en el ámbito de la administración. El primer contacto con el que se encuentra el paciente cuando llega al servicio de urgencias es el auxiliar administrativo, y es este profesional el que le proporciona toda la información administrativa, a través de la cual se le informa de los pasos que se van a seguir desde el momento en que accede a ese servicio. En resumen, lo que hace el auxiliar administrativo en estos servicios, es dar al paciente

la información adecuada y necesaria. La forma de actuar de estos profesionales en estos servicios de urgencia, juega un papel muy importante, puesto que su misión es tranquilizar al paciente. A fin de que este se sienta tranquilo dentro de la circunstancia que le ha tocado vivir por lo que respecta a su estado de salud.

## 2 Objetivos

-Establecer las competencias de conocimientos, habilidades y actitudes necesarias del auxiliar administrativo en urgencias.
-Conocer la importancia de una realización eficaz del manejo del trabajo en urgencias.
- Exponer la necesidad de mejorar el abordaje multidisciplinar en cuanto al trabajo del auxiliar administrativo en urgencias.

## 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 se ha señalado en la introducción, la información asistencial al paciente es muy importante en el servicio de urgencias, y esta es dada tanto al paciente como a sus familiares. Esta información asistencial también puede ser vista como uno de los derechos más destacable que tiene el paciente y como una de las tareas del auxiliar administrativo. Siendo obligación del auxiliar administrativo ofrecer dicha información. Los protocolos que se siguen desde el momento en que el paciente entra en el servicio de urgencias son los siguientes: - Recepción y acogida: En esta primera fase, se toma nota de los datos personales del paciente. Y se le pone la pulsera identificativa. Este primer trámite normalmente lo hace el paciente, pero si este, no se encuentra en condiciones debido a su estado de salud, serán los familiares que le acompañan quienes lo hagan lo haga. - Triaje: A través del triaje lo que se hace es valorar y clasificar la clase de urgencia ante la que nos encontramos, con el fin de determinar que pacientes deben ser atendidos antes con independencia del orden de llegada que haya tenido lugar. Señalar que hay

cuatro tipos de gravedad a la hora de clasificar al paciente, y son los siguientes: Leve, mediana, severa y extrema. Señalar que en el servicio de urgencias, hay unas tres zonas o áreas:
- La consulta: Que es donde se explora y evalúa al paciente. - Salas de esperas: Que es donde espera el paciente para la realización de las pruebas que sean necesarias a fin de determinar su diagnóstico. - Boxes: Espacio que está destinado a los pacientes más graves, por lo que requieran una cama. Finalmente señalar que los familiares que acompañan al paciente irán recibiendo información a lo largo del tiempo de espera sobre la evolución del estado de salud de su familiar.

## 5 Discusión-Conclusión

Tras el estudio del tema y tras analizar paso a paso la estancia del paciente en el servicio de urgencias, se ha llegado a la conclusión de que el papel del auxiliar administrativo en urgencias es clave y primordial para la buena marcha del servicio. Puesto que sin él la organización y el control sería un caos, difícil de solucionar sin su presencia, puesto que podemos ver al auxiliar administrativo como el primer eslabón a la hora de organizar, gestionar, planificar y programar la actividad en el servicio de urgencia. Otro aspecto importante que debe cumplir el auxiliar administrativo, es dar tanto al paciente como a los familiares la información de una manera clara y concisa, a fin de que estos puedan entenderla fácilmente.

## 6 Bibliografía

1. Ley 25/1997 de 26 de diciembre, de regulación del servicio de atención de urgencias 1-2-2.
2. Ley 41/2002 de 14 de noviembre básica reguladora de la autonomía del paciente y los derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica.
3. Ley 55/2003 de 16 de noviembre del estatuto marco del personal estatutario de los servicios de salud.

## Capítulo 218

# AUXILIAR ADMINISTRATIVO, PREVENCIÓN FRENTE AL COVID-19 EN EL ÁMBITO SANITARIO

JOSEFA SEGOVIA HARO

ISABEL VILLOTE PEREZ

CARMEN LÓPEZ LÓPEZ

MARIA DEL CARMEN ARRIBAS CAMARGO

## 1 Introducción

El COVID-19 es la enfermedad causada por el nuevo coronavirus conocido como SARS-CoV-2. La OMS tuvo noticia por primera vez de la existencia de este nuevo virus el 31 de diciembre de 2019, al ser informada de un grupo de casos de «neumonía vírica» que se habían declarado en Wuhan.
Puede causar infección en los seres humanos y en aves o mamíferos. Se transmite a través de las secreciones que emitimos al respirar, hablar, exhalar, cantar, toser, estornudar o hacer ejercicio intenso cuando alcanzan las mucosas o conjuntivas de otras personas.
Los síntomas más comunes en casos de menor gravedad son: fiebre, tos, dificultades respiratorias, disminución del gusto y del olfato, escalofríos, dolor de garganta, dolor muscular, dolor de cabeza, debilidad general, diarrea o vómitos.
Tanto una persona que sospeche de tener COVID como una ya contagiada ha de tratarse en el hospital, y por eso, es de suma importancia para cualquier per-

sona que trabaje en el ámbito hospitalario extremar las precauciones para evitar contagiarse.
La mejor estrategia para evitar el contagio, sumado al de la propia vacuna, es la responsabilidad social individual. También en el trabajo en hospitales ha sido de crucial importancia durante el desarrollo del pasado año el empleo a la hora de la atención al público del empleo de medios tecnológicos que evitasen en la medida de lo posible el ingreso a ambulatorios u hospitales y con ello disminuyendo en parte el riesgo de exposición.

## 2 Objetivos

objetivo principal del capitulo :
- Describir la enfermedad del COVID-19, sus síntomas y complicaciones, así como las indicaciones para su prevención.

## 3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo, se ha llevado a cabo una revisión bibliográfica sistemática sobre la literatura científica existente, libros, artículos, páginas web y leyes Destaca por ejemplo, el procedimiento de actuación para los servicios de prevención de riesgos laborales frente a la exposición al sars-cov-2 8 de junio de 2020 elaborado por el Ministerio de Sanidad del Gobierno de España.

## 4 Resultados

En el marco del Plan para la transición hacia una nueva normalidad del 28 de abril, se publicó la Estrategia de diagnóstico, vigilancia y control en la fase de transición de la pandemia de COVID-19, de 6 de mayo de 2020, que fue trasladada al
BOE mediante la Orden SND/404/2020, de 11 de mayo, de medidas de vigilancia epidemiológica de la infección por SARS-CoV-2 durante la fase de transición hacia una nueva normalidad la cual regula las obligaciones y procedimientos de obtención y comunicación de información para la vigilancia epidemiológica en relación a la infección del COVID-19.
Es especialmente difícil hacer frente a la pandemia del COVID-19 porque aunque alrededor del 80% de las personas que contraen la enfermedad se recuperan sin

necesidad siquiera de recibir tratamiento hospitalario. Alrededor del 15% desarrollan una enfermedad grave y requieren tratamiento hospitalario con la necesidad del uso de oxígeno, y el 5% llegan a un estado crítico que precisa cuidados intensivos. Y entre las personas que desarrollan síntomas, puede haber complicaciones que llevan a la muerte como la insuficiencia respiratoria, el síndrome de dificultad respiratoria aguda, la septicemia y el choque septicémico, la tromboembolia y/o la insuficiencia multiorgánica, incluidas las lesiones cardíacas, hepáticas y renales.

Nadie está libre de contagiarse aún siguiendo las indicaciones adecuadamente, pero es verdad que el riesgo de contagio disminuye, y para gente que trabaja en el ámbito hospitalario es especialmente necesario seguirlas al pie de la letra, puesto que están mucho más expuestos que otros sectores de la población.

Precauciones sencillas, como mantener el distanciamiento físico; el uso continuo de la mascarilla, especialmente en los momentos en los que no se pueda mantener el distanciamiento; mantener los espacios cerrados ventilados en la medida de las posibilidades; evitar las aglomeraciones y el contacto estrecho con otras personas; mantener una correcta higiene con tareas como el lavado e higienización periódico de las manos; y toser cubriéndose con el codo flexionado o con un pañuelo. Pueden significar una diferencia a la hora de exponerse en el día a día.

## 5 Discusión-Conclusión

Tras más un año de lucha contra el virus del COVID-19, al fin podemos decir que contamos con la información y los medios necesarios para empezar a combatirlo. Pero debido a la rápida propagación del mismo y las diversas mutaciones que ha ido sufriendo en las diferentes partes del mundo, necesitamos ser precavidos para evitar los contagios en la medida de lo posible. Al menos hasta que se globalicen las soluciones y todos contemos con los mismos recursos para enfrentarnos a él. Porque, aunque se están empleando algunos antivirales que según estudios recientes han llegado a demostrar cierta eficacia, sigue sin existir un tratamiento específico contra el virus, y es que estos antivirales se limitan al control de los síntomas derivados del mismo, no son una cura milagrosa. Así que las expectativas y el foco de atención está puesto en las vacunas que han ido desarrollándose en los distintos países y han empezado a ser inoculadas en la población para crear cierta inmunidad para hacer frente al virus. Lo cual, es un medio clave para la protección frente al virus, pero no nos exime de tener que sufrir la enfermedad.

Debido a la gran exposición a la que está sometida una persona que trabaja de cara al público, y más en el ámbito hospitalario, en el cual se atienden a personas

contagiadas es nuestro deber redoblar esfuerzos y ser estrictos con las medidas de protección para la protección frente al virus, aún habiendo sido de las primeras personas en la lista para poder ser vacunados.

## 6 Bibliografía

1.https://revistamedica.com/medidas-prevencion-covid-19-auxiliaresadministrativos/.
2.https://www.mscbs.gob.es/profesionales/saludPublica/ccayes/alertasActual/nCov/hom.htm.
3.https://www.mscbs.gob.es/profesionales/saludPublica/ccayes/alertasActual/nCov/documentos/PrevencionRRLL_COVID-19.pdf.
4.https://www.who.int/es/news-room/q-a-detail/coronavirus-disease-covid19#::text=La%20COVID%2D19%20es%20la,Wuhan%20(Rep%C3%BAblica%20Popular%20China)

## Capítulo 219

# IMPORTANCIA DEL LAVADO DE MANOS EN EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO

JOSEFA SEGOVIA HARO

ISABEL VILLOTE PEREZ

CARMEN LÓPEZ LÓPEZ

MARIA DEL CARMEN ARRIBAS CAMARGO

ISABEL DEL POZO CABALLERO

## 1 Introducción

Para poder llevar a cabo una técnica adecuada en la higiene de manos, debemos eliminar toda la suciedad que tengamos en nuestra mano, es importante tanto a nivel de otros microorganismos como de bacterias.
Lavarse las manos con soluciones alcohólicas es otra opción que debe tomarse en serio en la higiene de las manos.
Encontramos distintos tipos de flora que puede detectarse en las manos:
- Flora resistente: también conocida como colonizante. Son todos aquellos microorganismos que se encuentran de manera habitual en la piel. Estos microorganismos no son eliminados fácilmente por fricción mecánica.
- Flora transitoria: también conocida como contaminación o ”no colonizante”. Estos son otras series de microorganismos que contaminan la piel, pero no suelen

estar presentes en ella de manera habitual. Su importancia radica en su fácil transmisión, que es el origen de la mayoría de las infecciones que pueden tener los profesionales sanitarios y no sanitarios como los Auxiliares Administrativo en los centros hospitalarios.
En los últimos tiempos se ha pretendido analizar la importancia de que el personal, tanto sanitario como no sanitario, se lave las manos correctamente para prevenir infecciones y enfermedades en el entorno hospitalario.
El uso de lociones y emolientes protectores de la piel, es muy importante después de la actividad laboral, siendo totalmente recomendable porque puede aumentar la resistencia de nuestra piel a los gérmenes, pudiendo disminuir la infección cruzada. Pero tendremos en cuenta que algunos antisépticos se pueden inactivar en presencia de algunos de estos productos.

## 2 Objetivos

Analizar la gran importancia que tiene un correcto lavado de manos por parte del personal no sanitario, como es el Auxiliar Administrativo, previniendo así las posibles infecciones y enfermedades en el medio hospitalario

## 3 Metodología

La localización de los diferentes estudios se realizó a través de la Web of Science, Scielo y Google Scholar con restricción de fecha: 2010-2021 y combinando los siguientes descriptores: seguridad, higiene, manos, prevención, hospital, auxiliar administrativo. Se revisaron sistemáticamente los artículos, seleccionando finalmente aquellos que incluyeran como tema central el objeto de estudio.

## 4 Resultados

Tras analizar los diferentes artículos y guías seleccionadas, se encuentra que el principal objetivo de la higiene en el lavado de manos es eliminar todos los elementos que puedan perjudicar tanto nuestra propia salud, como la de los pacientes, familiares y demás personal hospitalario. Existen varios métodos para llevar a cabo una buena higiene de manos: el lavado de manos, el lavado quirúrgico de manos, lavado de manos en seco y el lavado rutinario. Una higiene adecuada dentro de la sanidad, tanto pública como privada, podría evitar o minimizar enfermedades que se propagan a causa de una higiene inadecuada de manos.

La técnica utilizada será muy importante y se centrará en dispensar jabón natural en ambas manos, realizando diferentes movimientos circulares y entre los dedos. Seguidamente, aclararemos muy bien las manos y las secaremos, quedando totalmente limpias. Realizar de forma errónea este procedimiento se relaciona con distintas infecciones hospitalarias. Permitirá eliminar toda la suciedad en la medida de lo posible, la materia orgánica y la flora efímera de las manos.
El material que utilizaremos para ello será:
- Jabón líquido común, siempre en un dispensador desechable, usándolo con el dispensador.
- Toallas de papel desechables con dispensador.
- Toallas de papel desechables.
- Humedecer las manos con agua corriente, preferiblemente templada.
- Aplicar jabón líquido con dosificador.
- Frotar las manos palma con palma, sobre dorsos, espacios interdigitales y muñecas durante al menos 10 segundos.
- Aclarar con abundante agua corriente.
- Secar las manos con toallas de papel.
- Cerrar el grifo con la toalla de papel utilizada para el secado (los lavabos con sistema de cierre de codo o de pedal ahorran este paso; los de célula fotoeléctrica, además, determinan un importante ahorro de agua).

Por otro lado, la OMS recomienda la implementación en el lugar de trabajo de:
- Programas de información y formación sobre lavado de manos y cuidado de la piel.
- Proporcionar a los trabajadores productos antialérgicos para el lavado de manos.
- No utilizar siempre el mismo jabón o productos a base de alcohol.

De esta manera, podremos disminuir el número de los microorganismos de las manos. Disminuirá también el riesgo de transmisión de los microorganismos a los pacientes, disminuyendo también el riesgo de transmisión cruzada, reduciendo el riesgo de las posibles infecciones entre trabajadores no sanitarios, como el Auxiliar Administrativo, también disminuirá el riesgo de transmisión de infectarse uno mismo.
La higiene de las manos es importante en todas las áreas de la vida, pero los hechos muestran que, para el personal no sanitario, como los auxiliares administrativos, la higiene de las manos también debe realizarse en el lugar de trabajo para prevenir la propagación de infecciones. Por ello, promover la práctica del lavado de manos es el objetivo a alcanzar para lograr una mayor proporción de infecciones relacionadas con un medio ambiente sano. Esta es una tarea fácil y

barata que puede prevenir muchas complicaciones en el sistema de salud, incluida la muerte.

## 5 Discusión-Conclusión

Cuando se realiza la adecuada higiene de manos, las enfermedades de contaminaciones cruzadas o transmisión se evitan en un porcentaje muy elevado. Estas suponen en el medio sanitario un gran problema, ya que pueden afectar también 2259 a los pacientes que se encuentran hospitalarios, pudiendo alargar su estancia por un mal uso de las indicaciones de que las que disponen donde sin querer están ocasionando un mayor gasto en la sanidad. Hemos de fomentar la importancia que tiene un buen lavado de manos, tanto en los profesionales sanitarios, no sanitarios y los pacientes que están hospitalizados.
Es de suma importancia poder tener toda la información referente a un buen lavado de manos bien explicada, con un texto que resulte sencillo para todo tipo de edades, sobre todo para las personas que, por su condición o edad, les resulta más difícil la interpretación.

## 6 Bibliografía

1. Otazu, M. C., Núñez, A. C., Vilca, L. B., Bejarano, E. Q., & Soriano, J. C. (2017). Higienización del lavado de manos para disminuir infecciones hospitalarias dada la ejecución de un sistema de gestión de calidad en el Hospital Base III–Essalud, Juliaca-Puno. Cátedra Villarreal, 5.
2. Bobadilla Mejìa, I., Yepes Rodríguez, Á., & Cárdenas, D. (2018). Descripción de la práctica, lavado de manos manejo de tos, resfriado en estudiantes de odontología (Doctoral dissertation, Universidad de Cartagena).
3. Arenas, O. A. V., Gómez, J., López, J. U., Román, R. N., Villa, J. E., Botero, J., & García, N. (2017). Medición de la adherencia al lavado de manos, según los cinco momentos de la OMS. Duazary: Revista internacional de Ciencias de la Salud, 14(2), 169-178.
4. Gómez, F. H. Á. (2012). El lavado de manos. Prevención de infecciones trasmisibles. Gaceta Médica Espirituana, 13(1), 8.
5. Edith, A. F. V., Santa, O. L., Elvia, H. Z. V., Angélica, G. H., Leonor, J. B. M., & Ángeles-Garay, U. (2007). Prevalencia de lavado de manos y factores asociados al incumplimiento. Estudio de sombra. Revista de Enfermería del Instituto Mexicano del Seguro Social, 15(3), 141-146.

6. Pantoja Ludueña, M. (2010). Higiene de manos y riesgo de infecciones. Revista de la sociedad Boliviana de pediatría, 49(2), 83-84.

## Capítulo 220

# ASTENOPÍA EN EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO DE LOS SERVICIOS DE SALUD

JOSEFA SEGOVIA HARO

ISABEL VILLOTE PEREZ

CARMEN LÓPEZ LÓPEZ

MARIA DEL CARMEN ARRIBAS CAMARGO

ISABEL DEL POZO CABALLERO

## 1 Introducción

Los auxiliares administrativos, incluidos los que trabajan en instituciones sanitarias de los servicios de salud, pasan mucho tiempo trabajando delante de los ordenadores, que son unas herramientas esenciales en su trabajo diario, por eso corren el riesgo de padecer lo que se conoce como astenopía o fatiga visual, que no se debe confundir con lo que se conoce como vista cansada también conocida como presbicia, que no es un tipo de fatiga.
Este tipo de astenopía o fatiga visual relacionada con las pantallas de visualización de datos como son los ordenadores entre otras (tablets, móviles, etc.), que se podría denominar fatiga digital, es conocida también como Síndrome Visual Informático (SVI).

El tiempo que se pasa delante de la pantalla del ordenador es directamente proporcional al riesgo de padecer la astenopía. Pero no solo ésto es el desencadenante, una serie de factores inadecuados pueden afectar también a la vista del auxiliar administrativo.
Con el avanzar de los tiempos todo se va digitalizando e informatizando, y eso incluye a los servicios de salud, con lo cuál cobra vital importancia el hecho de saber hacer frente a los riesgos laborales provocados por ello, y que acarrean problemas de salud, como el aquí mencionado.

## 2 Objetivos

- Mostrar la importancia del problema de la astenopía en el auxiliar administrativo.
- Identificar las causas, los síntomas y las medidas preventivas.

## 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 sobre el tema elegido. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, Scielo y Google Académico, se ha utilizado en la búsqueda las palabras clave: astenopía, SVI, fatiga visual y administrativo.

## 4 Resultados

La astenopía o fatiga visual, también conocida como síndrome de fatiga ocular, es producida por la fatiga de uno de los músculos internos del ojo, el músculo ciliar cuya labor es presionar el cristalino para poder enfocar y visualizar correctamente. Por ello, todo lo que provoque un sobre esfuerzo de la visión será un causante de la fatiga visual.
El ritmo normal de parpadeo se calcula que es unas 20 veces por minuto, pero esto disminuye cuando se está concentrado trabajando con el ordenador disminuyendo ese ritmo a unos 5 veces por minuto.
Según los resultados de una encuesta realizada por el Colegio Oficial de Ópticos Optometristas de Cataluña un 70 % de la población sufre de Síndrome Visual

Informático. Se proporcionan datos según dicha encuesta, realizada a 1.400 personas entre 14 y 70 años, donde el síntoma mas frecuente de pasar mucho tiempo ante la pantalla del ordenador es la fatiga visual, seguido de sequedad, picor, visión borrosa, enrojecimiento, lagrimeo y por última visión doble.
También se estima el tiempo que pasa ante el ordenador cada franja de edad siendo un máximo de dos horas lo aconsejable, colocando a los menores de 30 años como los que mas tiempo pasan ante la pantalla seguidos de lo que se encuentran entre 31 y 45, después entre 46 y 60 y por último los de mas de 60, pudiéndose ver que el número de horas disminuye con el aumento de edad.
2284
A continuación enumeraré las causas de este problema de la astenopatía, seguidamente los síntomas que produce y en último lugar las medidas preventivas para hacerle frente:
Causas:
- Mucho tiempo a corta distancia delante de las pantallas de visualización de datos como son los ordenadores.
- Exposición inadecuada de la luz, ya sea un exceso de luz o una falta de ésta.
- Reflejos, resplandor, brillo y deslumbramientos.
- Una ubicación inadecuada del sistema informático y sus accesorios, por ejemplo la situación de la pantalla respecto al trabajador en lo que a la altura se refiere.
- Una posición incorrecta del trabajador en lo que a la postura se refiere respecto a la pantalla del ordenador, como por ejemplo puede ser estar a una distancia demasiado corta o demasiado alejado.
- Insuficientes pausas y descansos.
- Falta de sueño.
- Sequedad en los ojos.
- Problemas intrínsecos del trabajador.
- Algunos medicamentos.
- Condiciones ambientales inadecuadas, por ejemplo ambiente seco, humo, demasiado calor, etc.

Síntomas:
Cabe mencionar que los síntomas son temporales y suelen desaparecer con el descanso. Dichos síntomas son:
- Escozor que se produce en los ojos, picor, ardor, enrojecimiento, sequedad ocular, ojos llorosos con lagrimeo excesivo, y aumento de la sensibilidad de éstos a la luz (hipersensibilidad). Dificultad para mantenerlos abiertos, pesadez de párpados.
- Problemas visuales entre los que se pueden nombrar mal enfoque, visualización de manchas o destellos de luz dentro del campo de visión, visión borrosa o doble,

y fotofobia o sensibilidad a la luz, entre otros.
- Síntomas relacionados como pueden ser mareos, vómitos, dolor cervical, dolores articulares y musculares, dolores de cabeza o cefaleas, contractura, dificultad de concentración, etc.

MEDIDAS DE PREVENCIÓN:
- Utilizar la iluminación adecuada, con fuente de luz indirecta, disponer preferiblemente de luz natural. Ajustar el brillo del ordenador, utilizando antirreflector, etc.
- Aplicar una postura correcta, con pautas ergonómicas adecuadas, con los pies en el suelo, la espalda recta, con la pantalla del ordenador situada a solo unos pocos centímetros por debajo de la línea de visión, y a una distancia adecuada de la pantalla que viene a ser un poco mas de lo que se mide extendiendo el brazo en línea recta hacia la pantalla, unos 60 cms.
- Disponer de los adecuados equipos informáticos para el trabajo, con buena resolución.
- Realizar los oportunos descansos situando la visión en otro punto apartado de la pantalla, parpadeando. Se utiliza la regla del 20-20-20: cada 20 minutos de esfuerzo visual descansar 20 segundos enfocando a una distancia de 20 pies (6 metros). Por el ritmo de trabajo, muchas veces será imposible llevar a cabo esa medida cada 20 minutos, hay que intentar por lo menos cada hora tener un descanso.
- Lavar los ojos con agua fría.
- Realizar ejercicios con parpadeos, movimiento de los ojos, etc.
- Si se usan gafas graduadas utilizar un tratamiento antirreflejante y filtro de luz azul.
- Utilizar lágrimas artificiales si es necesario.
- Si el equipo está situado de forma que las ventanas están ubicadas a los laterales se evitarán reflejos en la pantalla.

Una cosa que debe de quedar clara es que las pantallas de visualización de datos no son por sí mismas nocivas para el ojo del ser humano, la problemática mencionada viene dada sobretodo por un uso no adecuado de dichas pantallas, en especial por la deficiencia o carencia de los debidos descansos.

## 5 Discusión-Conclusión

El auxiliar administrativo debe ser consciente de que el problema de la fatiga visual está vinculado al día a día de su trabajo, que es muy importante que realice los debidos descansos y las demás pautas de prevención en la medida de lo

posible.
Vivimos en un mundo de avances tecnológicos donde los ordenadores son vitales, pero nuestra salud también, por eso es muy importante que nos adaptemos al trabajo con los medios digitales, pero que también prestemos atención a nuestra salud.
Además, en el sistema sanitario, la calidad asistencial se verá influida por la calidad de la salud laboral de sus trabajadores, entre los que se encuentra el auxiliar administrativo, como parte importante del equipo de profesionales que trabajan en los servicios de salud

# 6 Bibliografía

1. Mínguez Pérez, L. (2020, 14 febrero). Fatiga visual del auxiliar administrativo. Ocronos - Editorial Científico-Técnica. https://revistamedica.com/fatiga-visualauxiliar-administrativo/
2. González Díaz, P. (2020, 23 diciembre). Trabajar con ordenadores: la fatiga visual en el personal administrativo. Ocronos - Editorial Científico-Técnica, 3(8):204 https://revistamedica.com/trabajar-con-ordenadores-fatiga-visualpersonal-administrativo/
3. Innova Ocular ICO Barcelona. (2014, 30 septiembre). Síndrome Visual Informático. https://www.icoftalmologia.es/es/noticias/la-sindrome-visualinfomatica/
4. MiMundoVisual. (2020, 21 julio). ¿Astenopía? Mi Mundo Visual. https://mimundovisual.com/astenopia/
5. Tovar, J. (2014, 30 septiembre). Más del 70 % de la población sufre el Síndrome Visual Informático. EfeSalud. https://www.efesalud.com/mas-del-70-dela-poblacion-sufre-el-sindrome-visual-informatico/

## Capítulo 221

# LAS CONSECUENCIAS DE LA PANDEMIA EN LA CONSULTA DEL TRABAJADOR SOCIAL EN ATENCION PRIMARIA

MARIA ESTELA LA PARRA SALCEDO

PIEDAD YOLANDA PAUCAR PAUCAR

MYRIAM JEANNETH PAUCAR PAUCAR

JUAN PÉREZ PALACIOS

## 1 Introducción

La pandemia, COVID-19 ha provocado cambios en los diversos sistemas: financiero, educativo, social y en concreto en el sistema sanitario, en el nivel de Atención Primaria. La pandemia ha marcado un antes y un después, tanto a nivel organizativo y funcionamiento en los centros de salud como en la manera de abordar las demandas y necesidades de los pacientes, cuestiones planteadas desconocidas y en las consultas de atención primaria de medicina familiar y atención social.

Durante la pandemia que comienza a mediados del mes de marzo 2020, la Atención Primaria tuvo que ir adaptándose para atender la población tanto a nivel sanitario como social. Manteniéndose cerca de los pacientes, priorizando la atención telefónica y dando respuesta a las diversas demandas sanitarias y sociales.

El trabajador social en Atención Primaria trabajó no solo por consulta telefónica sino acudiendo al domicilio de las personas que demandaban una urgencia social (personas mayores, dependientes..) Con la complejidad de atender estos casos en una etapa de confinamiento, riesgo de contagio, falta de medios de protección, desconocimiento de la pandemia, duración de la misma, la sobrecarga de trabajo y coordinarse con profesionales de otras instituciones que era difícil su localización, incertidumbre, sistema de coger cita previa…

## 2 Objetivos

Objetivo principal:

- Conocer la situación de Atención Primaria para acercarnos a analizar tanto los cambios vividos durante el estado de alarma y en la fase posterior, como para tratar los posibles cambios organizacionales y de trabajo e intervención en lo que se está dando en denominar "la nueva normalidad".

Objetivos específicos:

-Conocer los efectos de la pandémia covid 19 en la demanda de consultas de trabajador social

-Investigar como el sistema sanitario, en atención primaria, se adapta a 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

La pandemia y el confinamiento tiene repercusiones negativas sobre su salud mental y física además del aumento de problemas sociales derivado del empeoramiento del estado de salud, fallecimientos repentinos de familiares y escases de recursos económicas de la unidad familiar. Esto produce un aumento considerado del número de consultas en atención primaria en la consulta del trabajador social, un despacho abierto en la pandemia tanto por teléfono y presencial.

El desarrollo de las actividades cotidianas se puede ver afectado por el confinamiento, falta de las relaciones físicas con otras personas, la imposibilidad de realizar actividad física en el exterior y la pérdida de hábitos saludables de vida. La pandemia de COVID-19 se asocia con un incremento de factores de riesgo sociosanitaria, como son el aislamiento, el abuso de nuevas tecnologías. Esto se une a la falta o perdida de medios económicos que se ven disminuidos ante la pandemia. . En la población de personas mayores ante pérdidas de seres queridos quedan en una situación de desprotección, soledad, aislamiento, incluso no poder seguir viviendo en el domicilio habitual. Teniendo que atender de forma urgente este tipo de casos y un cambio en la forma de intervención.
Conviene también destacar el gran impacto del coronavirus en la población personas mayores que residen en sus domicilios, donde el equipo de atención primaria y en algunos casos junto con el trabajador social tuvieron que asumir la atención socio-sanitaria de manera urgente.
También hay destacar la suspensión de las actividades de educación sanitaria, comunitaria y los programas de prevención y diagnóstico precoz, así como la continuidad en la atención a pacientes frágiles, dependientes, inmovilizados o con enfermedades crónicas. Teniendo una repercusión en la consulta del trabajador social.

## 5 Discusión-Conclusión

Esta pandemia es una crisis global sanitaria y humanitaria que afecta cada vez más a las personas y también a poblaciones con peores condiciones socioeconómicas. Por este motivo La Organización Mundial de la Salud (OMS) proclamó la pandemia el 11 de marzo, implantando medidas restrictivas encaminadas a enlentecer la curva de contagio y así evitar el colapso de los servicios sanitarios.
La prevención y control de una epidemia, además de la asistencia sanitaria individual, exige un abordaje centrado en las poblaciones dirigido a protegerlas del contagio, y rehabilitar a los afectados, con prioridad en los grupos sociales en desventaja y vulnerables. Enfrentar esta pandemia requiere un enfoque integral en salud que puede ser desarrollado desde una estrategia de Atención Primaria

## 6 Bibliografía

Tranche Iparraguirre, Salvador, Remedios Martín Álvarez, and Ignacio Párraga Martínez. ”El reto de la pandemia de la COVID-19 para la Atención Primaria.”

Revista Clínica de Medicina de Familia 14.2 (2021): 85-92.
Velázquez, M. C. A., & Chugani, V. M. (2018). Las funciones de los trabajadores sociales sanitarios en atención primaria de salud: evolución, redefinición y desafíos del rol profesional. Cuadernos de Trabajo Social, 31(2), 355.
VELÁZQUEZ, María C. Abreu; CHUGANI, Vinita Mahtani. Las funciones de los trabajadores sociales sanitarios en atención primaria de salud: evolución, redefinición y desafíos del rol profesional. Cuadernos de Trabajo Social, 2018, vol. 31, no 2, p. 355.
Velázquez, María C. Abreu, and Vinita Mahtani Chugani. "Las funciones de los trabajadores sociales sanitarios en atención primaria de salud: evolución, redefinición y desafíos del rol profesional." Cuadernos de Trabajo Social 31.2 (2018): 355.
Tranche Iparraguirre, S., Martín Álvarez, R., & Párraga Martínez, I. (2021). El reto de la pandemia de la COVID-19 para la Atención Primaria. Revista Clínica de Medicina de Familia, 14(2), 85-92.

## Capítulo 222

# LA LEY DE PROTECCIÓN DE DATOS EN EL ÁMBITO HOSPITALARIO

SERGIO SOLIS GIL

## 1 Introducción

La confidencialidad en el ámbito hospitalario es un derecho fundamental que tiene la persona que recibe la atención sanitaria a que toda su información personal utilizada en el entorno de dicha atención quede limitada a los profesionales y usos correspondientes con tal fin.

Todas las personas tienen el derecho a que se les respete el carácter confidencial de los datos relacionados con su salud y que nadie pueda acceder a ellos sin previo consentimiento amparado por la ley. Los centros sanitarios implantarán las medidas necesarias para garantizar este derecho.

Los profesionales y personas que elaboren o tengan acceso a los datos y a la documentación clínica están obligados a guardar la reserva debida. El trabajador solo puede acceder a los datos de la historia clínica relacionada con sus funciones.

Los datos personales son protegidos con el propósito de salvaguardar la dignidad humana y el derecho de autodeterminación (el derecho del olvido). Escudados en la protección de datos personales, los ciudadanos tienen más poder para ejercer derechos como la libertad de expresión, religiosa o de asociación.

Toda persona ya sea paciente o usuario de un centro sanitario tiene el derecho a que todos sus datos, ya sean personales o en relación con su estado de salud, sean protegidos. Toda información es personal y nadie debe de tener acceso a esta información, salvo consentimiento del titular, es decir, el paciente o usuario.

## 2 Objetivos

Determinar la importancia de llevar a cabo esta protección para poder preservar la intimidad de todo usuario o paciente y así, poder garantizarla en todo momento.
Objetivos secundarios:
- Dar a conocer las medidas de seguridad para garantizar el derecho de confidencialidad de los pacientes.
- Dar a conocer la importancia de la confidencialidad y la adecuada actuación del personal sanitario y no sanitario.
- Dar a conocer la importancia y los principales objetivos de la protección y privacidad de datos.

## 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.
Se utilizan las siguientes palabras como descriptores: confidencialidad, intimidad, datos, información y se eligen varias publicaciones en español, guías clínicas, artículos de revistas médicas.

## 4 Resultados

La normativa sobre protección de datos es, por su naturaleza, contraria a la privacidad y tiene objetivos muy distintos de los que persigue la normativa de privacidad de los datos. Con el fin de cumplir con las exigencias normativas, intenta garantizar que los datos estén disponibles a nivel local y por periodos de tiempo lo más breve posibles. Algunos de los principales objetivos son:
- Analizar y proteger a los usuarios de aquellos daños causados por el acceso a información personal sin autorización expresa., y en especial, por los casos de sustracción de identidad.
- Determinar los procesos para proteger la información relacionada con las historias clínicas para crear bases de datos.
- Prohibir a las empresas recoger o usar datos personales, a menos que exista una excepción legal.

- Exigir que se minimicen o destruyan los datos.
- Establecer agencias de protección de datos o exigir registros de bases de datos. Restringir la comunicación internacional de datos.
- Obligar a las empresas a presentar documentos para acreditar que cumplen con la normativa de protección de datos.

En el ámbito sanitario el derecho a la protección de datos adquieren una gran importancia, los pacientes nos proporcionan diversos datos personales y sanitarios (referentes a su estado de salud y estilo de vida) que deben ser protegidos lo que conlleva que los profesionales de la salud son depositarios de datos extremadamente sensibles y personales. Vulnerar estos derechos puede acarrear una responsabilidad administrativa, civil y penal que supone sanciones administrativas, indemnizaciones civiles e incluso penas de prisión y/o inhabilitaciones. Es importante el uso de medidas de seguridad de uso cotidiano como: contraseñas seguras, asegurarnos de cerrar las pantallas utilizadas, no dejar documentación con información sobre la mesa cuando no estamos. Esas simples medidas nos ayudarán a evitar fallos de seguridad. También es necesario pedir el consentimiento de los pacientes para incluir datos en trabajos de investigación, congresos, etc.

## 5 Discusión-Conclusión

La importancia de estar protegidos en cada momento nos demuestra que podemos confiar en las personas que cada día utilizan adecuadamente nuestros datos y siempre a favor del paciente o usuario. De esta manera, todos tenemos la máxima seguridad en todo momento.

Si se hace bien la protección de datos, el paciente se siente con más tranquilidad y seguridad sobre su intimidad y la confidencialidad de sus datos, ya que están debidamente protegidos.

Como personal sanitario, es necesario tener presente la necesidad de proteger la confidencialidad de los datos de los usuarios para dar un servicio de calidad. Desarrollar esta necesidad moral contribuirá a que la intimidad de las personas pueda ser reconocida como un valor primordial en la acción sanitaria y pueda, así, promoverse su respeto.

Si somos capaces de transmitir la sensación a los pacientes de que su historia clínica está completamente protegida y amparada por el secreto profesional, ellos serán capaces de depositar toda la confianza sobre nosotros y expresar sus preocupaciones o situaciones que pueden ser determinantes en el abordaje terapéutico y diagnóstico.

# 6 Bibliografía

1. Ley Orgánica de Protección de Datos de Carácter Personal [Inter- net]. En.wikipedia.org. 2020 [cited 27 October 2020]. Available from: https://en.wikipedia.org/wiki/Ley_Org%C3%A1nica_de_Protecci%C3%B3n_de_Datos_de_Car%C3%A1cter_Personal.
2. Política de protección de datos [Internet]. Tendenciasplus.onebusiness.place. 2020 [cited 27 October 2020]. Available from: https://tendenciasplus.onebusiness.place/proteccion-datos.html/.
3. Porcelli A. La Protección de los Datos Personales en el Entorno Digital. Los Es- tándares de Protección de Datos en los Países Iberoamericanos. REVISTA QUAES- TIO IURIS. 2019;12(2).
4. Velasco Montes J, González Díez S. Acerca de la protección de los datos de los pacientes. Medicina Clínica.

## Capítulo 223

# LA VIOLENCIA DEL USUARIO HACIA EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN EL ÁMBITO SANITARIO

VICENTE JIMÉNEZ MONTALVO

VANESA BARAHONA SÁNCHEZ DE LEÓN

## 1 Introducción

Se ha evidenciado en los últimos tiempos un aumento de la violencia por parte de los usuarios o de sus familiares sobre el colectivo del personal no sanitario auxiliar administrativo. Dichos profesionales son objeto en múltiples ocasiones de malos tratos, agresiones, coacciones, insultos o conductas vejatorias en el desempeño de sus funciones. Estos episodios violentos ejercidos contra el personal no sanitario, así como al propio personal sanitario, han tenido una gran repercusión en los medios últimamente, lo que ha provocado una gran repercusión social. Los actos violentos contra los profesionales no sanitarios afectan a toda la actividad sanitaria, a la relación médica entre el paciente y su doctor, a la salud de la propia persona agredida así como a la imagen del colectivo en general. Cada año son registradas un gran número de agresiones en los centros sanitarios, y aunque muchas son registradas por el organismo competente, que no es otro que el observatorio de agresiones, muchas otras no lo son, dificultando así una concienciación sobre la situación real en nuestra sanidad. Se considera que abordar la problemática de forma integral conllevara a una defensa más eficiente de nuestros profesionales, creando una red de comunicación entre las instituciones implicadas a fin de ofrecer siempre la mejor asistencia a los profesionales más expuestos al contacto directo con el usuario.

## 2 Objetivos

El propósito de este trabajo es analizar cómo influye la violencia del usuario en el auxiliar de enfermería.

Los objetivos específicos los hemos dividido en tres:

ü Establecer las competencias de conocimientos, habilidades y actitudes necesarias en los auxiliares administrativos para la violencia de los usuarios.

ü Conocer la importancia de una realización eficaz del manejo de la violencia del usuario.

ü Mejorar el abordaje multidisciplinar en cuanto a la violencia del usuario.

## 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

Es difícil establecer una sola causa para una problemática tan compleja, más bien podríamos deducir qué se trata de una trama de varios factores qué pueden ser clave y favorecen las situaciones de conflicto. Se considera que proporcionar a los usuarios un ambiente relajado mejorará su nivel de satisfacción, reduciendo así su frustración y el posible comportamiento incívico. El profesional deberá buscar un estado de salud físico y mental óptimo para así facilitar su relación con el usuario. Debemos intentar proteger a los profesionales de las agresiones usando todos los medios a nuestro alcance y previniendo acciones que pongan en riesgo a los mismos. A continuación citaremos algunas medidas que podrían contribuir a mejorar la situación actual: Efectuar una mejora en los sistemas de citaciones que agilicen los trámites y reste carga burocrática al usuario. Fomentar un ambiente laboral de compañerismo y actitud saludable que mejoren los entornos sanitarios. Establecer investigaciones qué pudieron arrojar luz sobre las causas de las agresiones y si están vinculadas con la propia organización del

trabajo del personal sanitario y no sanitario. Promover políticas y planes públicos de prevención de la violencia así como fomentar la cultura de la tolerancia cero en la sociedad. Reforzar las medidas preventivas y de protección a los profesionales, incrementando las medidas de seguridad en los centros públicos y privados. Considerar como delito contra la autoridad aquellas agresiones, intimidaciones, amenazas, coacción, violencia psíquica, física o verbal, ejercidas contra el personal no sanitario y personal sanitario. Unificar en todas las comunidades autónomas la tipificación judicial en pos de que las agresiones sean penadas con los mismos criterios en todas ellas. Que el sistema sanitario promueva planes de formación para que los profesión ales estén mejor preparados a la hora de afrontar situaciones de este tipo. Mejorar los sistemas de registro y mapas de riesgos del Registro Nacional de agresiones a sanitarios, con el objetivo de alcanzar un mayor conocimiento del alcance real de dicha problemática y poder actuar así con mayor rigor y precisión.

## 5 Discusión-Conclusión

Instamos a las administraciones sanitarias a elaborar un plan conjunto con los colegios profesionales, representantes de las profesiones sanitarias y ciudadanos, de prevención y atención de las agresiones, así como establecer protocolos de actuación contra la violencia sufrida por los profesionales de la sanidad, incrementando acuerdos y sinergias entre administraciones sanitarias, fiscalías y cuerpos y fuerzas de seguridad del estado para un abordaje integral del problema. También sería recomendable reforzar las campañas de sensibilización contra las agresiones y de concienciación a la sociedad de que los servicios sanitarios son un bien de interés público qué hay que cuidar y valorar, ya que, debido a su carácter universal considerado uno de los resortes más importantes del estado del bienestar.

## 6 Bibliografía

1. Plan de prevención y actuación frente a situaciones conflictivas en centros sanitarios; CE art 40.

2. Ley 31/1995 noviembre prl estrategia para la mejora de la confianza y seguridad de las personas que trabajan en el SESPA.

3. .Ley 55/2003 del estatuto marco del personal de los servicios de salud (art 17.1.d).

3371 3.Revista médica ocronos.revistamedica.com.

## Capítulo 224

# ANÁLISIS DEL TRABAJO EN EQUIPO ENTRE MÉDICOS, ENFERMERAS Y TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE)

BELÉN GARCÍA ARIAS

MARTA ARIAS DÍAZ

CRISTINA MARTÍNEZ GUTIÉRREZ

ROCÍO MARTÍNEZ GUTIÉRREZ

## 1 Introducción

La atención sanitaria es una tarea complicada, no pudiendo recaer en un único profesional. Cada uno de los profesionales tiene una labor diferente que ejecutar, dependiendo de la profesión a la que se dedique, pero todos tienen el mismo objetivo y compromiso, que es la curación o la muerte digna del paciente. Trabajar en equipo nos ayuda a que se lleve a cabo un cuidado y atención mucho más completa, porque de esta manera todos los profesionales conocen el estado de salud del paciente. El trabajo en equipo ayuda a mejorar la atención que reciben los pacientes, permitiendo que el equipo de trabajo se comunique, conociéndose mejor, lo que contribuye de forma positiva al bienestar laboral de los trabajadores. El trabajo en equipo aumenta la seguridad de los pacientes, minimiza los errores, mejora la satisfacción y el rendimiento del personal de salud y posiblemente evita

gastos generados por mala praxis y complicaciones. Está demostrado que uno de los factores que permiten que los profesionales sanitarios se encuentren satisfechos en su puesto de trabajo que tienen y que su satisfacción laboral sea buena, es trabajar en equipo, mejorando la relación entre "amigos" de profesión. Trabajar en equipo no es siempre fácil, sería necesario que las instituciones efectúen programas de preparación para que los miembros del equipo desarrollen capacidades especiales de cooperación, coordinación y comunicación.

## 2 Objetivos

Exponer de forma breve la importancia que tiene el trabajo en equipo desde las auxiliares de clínica, enfermeras y médicos.

## 3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha realizado una revisión bibliográfica, en la que se han consultado diferentes bases de datos como PubMed, Cochrane Bibliotecas electrónicas como Scielo, Editorial electrónica Elsevier Google Academy, libros de enfermería, revistas, artículos académicos, revisiones bibliográficas y bibliografía variada del ámbito médico, así como páginas web especializadas.

## 4 Resultados

El técnico de auxiliar de enfermería es la persona que se encarga de suministrar la atención básica al paciente, otro trabajo no menos importante es asistir a los profesionales en las tareas habituales, facilitando valiosamente las tareas de enfermeros y médicos. Por lo que, en el sistema sanitario representan una labor muy importante, dado que es el profesional sanitario que más contacto tiene con el paciente.
El equipo de enfermería, teniendo en cuenta que dicho equipo está formado por el equipo de enfermería y el de técnicos en cuidados auxiliares de enfermería, por lo que muchas de las tareas de cuidado, se pueden/deben realizarse de forma conjunta, debiendo ponerse de acuerdo a la hora de realizarse, permitiendo así que el cuidado sea mucho más completo y que se trate de mejor forma el tiempo del cuidado. A parte del trabajo conjunto de los profesionales de enfermería con los auxiliares de enfermería, deben prestar cuidados de manera ligada, con el equipo

médico. El equipo de enfermería, tiene un papel primordial en la actuación de las indicaciones de los médicos. El equipo de enfermería tiene el compromiso de seguir las pautas médicas indicadas, las cuales deben ser respaldadas por notas (escritas) y deben ser acatadas por el resto del equipo de salud. Estas indicaciones alcanzan desde decisiones terapéuticas sencillas, que llevarán a cabo los TCAEs (baño en cama, levantar), hasta otras más complejas que realizará el equipo de enfermería, como pueden ser las curas y la administración de medicamentos. El médico es el guía del equipo de salud, debiendo de existir una buena comunicación entre médico y enfermería, un proceso dinámico, bidireccional, de interacción e intercambio de las distinta percepciones de los profesionales, lo que permite establecer los objetivos para el cuidado del enfermo.

## 5 Discusión-Conclusión

Lo que se consigue con un trabajo en equipo entre médicos, enfermeras y auxiliares de enfermería es que el paciente obtiene una mejor atención y cuidado. El trabajo en equipo mejora, tanto el trato que reciben los pacientes, como la satisfacción laboral de los trabajadores. Para que este equipo funcione, hay que tener claro las competencias de los miembros, empatía, liderazgo adecuado, delimitación de competencias y objetivos comunes, debiendo de intercambiar información, respetando siempre sus roles y funciones, para lograr el objetivo, que no es otro que es el bienestar y cuidados del paciente. Todo el equipo es relevante a la hora de ofrecer bienestar a los pacientes, a pesar de las diferencias que existen entre los profesionales, todos son igual de necesarios e importantes, siendo siempre y más primordial el paciente.

## 6 Bibliografía

1. http://academica-e.unavarra.es/bitstream/handle/2454/18587/Mar%C3%ADa%20Teresa%20Moreno%20Fern%C3%A1ndez.pdf?sequence=1.
2. https://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1695-61412010000300013&script=sci_arttext.
3. https://revistamedica.com/trabajo-en-equipo-personal-enfermeria/.
4. https://www.itep.es/blog/auxiliar-enfermeria-2/auxiliar-enfermeria-cuatro-trabajo-equipo.htm.
5. http://diposit.ub.edu/dspace/bitstream/2445/21603/1/2008_2.pdf.
6. https://www.monografias.com/trabajos73/responsabilidad-profesional-enfermeria-cumplimiento-indicacion/responsabilidad-profesional-enfermeria-

cumplimiento-indicacion2.

## Capítulo 225

# CONTROL DE CALIDAD EN LOS CENTROS SANITARIOS

NATALIA GARCIA ANTUÑA

## 1 Introducción

El control de calidad se realiza siguiendo los enfoques clásicos de estructura, proceso y resultado.
Su formulación no ha sufrido apenas cambios a lo largo de los años, el control de calidad. Básicamente, consiste en un proceso cíclico que comienza con la definición del grado de calidad que se desea alcanzar, seguido de un proceso de seguimiento y registro continuo de los datos relevantes de la asistencia, la medida y la valoración de los mismos y la propuesta, implantación de medidas correctoras.
El control de calidad asistencial tiene varias definiciones:
- Esfuerzo sistemático para mantener el cumplimiento satisfactorio de los estándares o mejorar la atención médica y sus resultados.
- Vía que incluye la evaluación y mejora de la eficacia (calidad) y de la eficiencia (utilización de recursos) con que se presta la atención sanitaria.
- Proceso que comprende todos los planes y actividades de protección, mantenimiento y promoción de la calidad de la atención.
- Proceso cíclico que incorpora las actividades que, periódica o continuamente, revisan las condiciones bajo las que se ofrece la asistencia sanitaria, dando como resultado la mejora de la salud y del bienestar.
- Proceso sistemático que cierra el vacío entre el resultado actual y el deseado, según los límites tecnológicos de un sistema sanitario particular.

- Proceso que mide la calidad, analiza las deficiencias descubiertas y emprende las acciones para mejorar el funcionamiento del servicio, seguido de nuevas mediciones de la calidad con objeto de determinar si se ha alcanzado la mejora.
- Proceso que abarca la evaluación, la monitorización, el diseño, el desarrollo y el cambio organizativo y la continuidad de las acciones.
- Proceso que permite observar de forma sistemática las tareas ejecutadas, en entorno y las consecuencias de las actividades, de forma que en el futuro se pueda trabajar bien o mejorar el rendimiento anterior.

La diferencia fundamental entre la gestión de la calidad y el control de la calidad asistencial reside en que mientras la primera es un proceso de gestión, constituido por cuatro fases (planificación, organización, control y mejora), que se extiende a todas las áreas y actividades del hospital, el segundo es un proceso de control en el que las mejoras no se planifican, sino que son el resultado de la detección de problemas y de las acciones correctivas subsiguientes. Por otro lado, el control de la calidad asistencial se incluye dentro de la gestión de la calidad, se enfoca fundamentalmente al control de las actividades del área sanitaria y presta poca atención a otras funciones desarrolladas en el hospital.

## 2 Objetivos

- Conocer las cuatro fases de las que consta el control de calidad de la asistencia sanitaria.
- Saber los componentes de la atención médica.

## 3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo se ha realizado mediante una búsqueda sistemática 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

El control de calidad de la asistencia sanitaria costa de cuatro fases:

1. Definir el nivel de calidad. Consiste en determinar qué grado de calidad quiero el hospital que tengan sus servicios, una vez se conocen las necesidades de los clientes. A esta definición se llega:

- Con la planificación estratégica, que determinará las necesidades que el hospital debe cubrir y en qué plazos; de ellas resultarán los objetivos de mejora a largo plazo.
- Con la planificación operativa, que establecerá los objetivos de control y de mejora anuales con la fijación de los estándares mínimos de calidad.

2. Evaluar la calidad. Constituida por dos etapas:
- La medida, con la que se siguen y recogen los datos relevantes de la atención relacionados con los indicadores de calidad de elegidos, se analizan y valoran, se comparan con los criterios y sus estándares preestablecidos y se descubren los problemas al detectarse las discrepancias entre los resultados y los estándares.
- La valoración, que estriba en analizar las causas de las discrepancias y jerarquizar los problemas.

3. Corregir los defectos y solucionar los problemas. Propuesta e implantación de medidas correctoras que conducen a la mejora.

4. Reevaluar. Seguimiento de las medidas implantadas con un nuevo proceso de seguimiento y evaluación.

5. Objetos del control de calidad de la asistencia sanitaria. Para diseñar un programa de control de calidad asistencial hay que tener en cuenta todos los aspectos importantes de la asistencia sanitaria. La OMS ha establecido cuatro componentes de la atención médica:
- La práctica profesional: el objetivo del control de calidad es ofrecer a todos los usuarios las actividades de diagnóstico y tratamiento que propicien la consecución de un resultado acorde con los conocimientos actuales de la ciencia médica y los recursos disponibles, teniendo en cuenta siempre los factores biológicos del paciente y su colaboración.
- La utilización de los recursos. Persigue asegurar la idoneidad de las actividades clínicas que comportan un gasto.
- La gestión del riesgo: se caracteriza por la creación de un sistema de identificación y tabulación de aquellas situaciones en las que los pacientes puedan sufrir algún daño.
- La satisfacción de los usuarios: alcanzar la máxima satisfacción posible de los clientes con el proceso asistencial, la interacción con el sistema sanitario y los resultados obtenidos.

## 5 Discusión-Conclusión

Existen múltiples fuentes de datos para establecer un control de calidad de la atención sanitaria:

- Datos descriptivos de los centros, estadísticas y otros datos concernientes a la estructura y organización de las instituciones sanitarias.
- Estadísticas operativas de las instituciones y los profesionales.
- Informes de altas y hospitalarias.
- Datos de consulta.
- Datos extraídos de las historias clínicas.
- Sistemas de información de incidentes.
- Observación directa.
- Técnicas de simulación de problemas.
- Utilización de actores para que sean enfermos simulados y obtengan información.
- Encuestas a clientes.
- Encuestas de salud de la población.
- Nuevo reconocimientos y pruebas al paciente, etc.

## 6 Bibliografía

1. Principios básicos de calidad en centros sanitarios. Universidad de A Coruña.

## Capítulo 226

# TENDINITIS EN LOS AUXILIARES ADMINISTRATIVOS

JAVIER REDONDO VALBUENA

JOSE ANTONIO FERNANDEZ RODRIGUEZ

## 1 Introducción

El trabajo diario de un auxiliar administrativo suele ser repetitivo. Aunque es un trabajo en el que se está la mayor parte del tiempo sentado el movimiento continuo de dedos y brazos delante del teclado de un ordenador y de alcanzar libros de estanterías altas puede causar en el trabajador una enfermedad muy común en el gremio conocida como tendinitis.
Está considerada como una enfermedad profesional. Esta está regulada en el art 157 del Real Decreto Legislativo 8/2015, de 30 de octubre, por el que se aprueba el texto refundido de La Ley General de la Seguridad Social y dice lo siguiente: "se entenderá por enfermedad profesional, la contraída a consecuencia del trabajo ejecutado por cuenta ajena en las actividades que se especifiquen en el cuadro de enfermedades profesionales, y que esté provocada por la acción de los elementos o sustancias que en dicho cuadro se indiquen para cada enfermedad profesional".
Además, el artículo 2 de la Ley de Prevención de Riesgos Laborales dice que la presente ley establece los principios generales relativos a la prevención de los riesgos profesionales para la protección de la seguridad y de la salud, la eliminación o disminución de los riesgos derivados del trabajo, la información, la consulta, la participación equilibrada y la formación de los trabajadores en materia preventiva, en los términos señalados en la presente disposición.

## 2 Objetivos

- El objetivo de este trabajo es conocer en que consiste la tendinitis. Una enfermedad de la que se habla mucho y que afecta a un gran número de auxiliares administrativos cuando llevan varios años de vida laboral.
- Indicar las medidas que hay que tomar para evitar en la medida de lo posible su aparición.

## 3 Metodología

Para la realización de este trabajo se ha hecho una revisión bibliográfica en Google de libros y artículos escritos por expertos en enfermedades profesionales y de las leyes en vigor en España sobre enfermedades profesionales. Se han revisado artículos en base de datos como Scielo, Pubmed y Medline.

## 4 Resultados

La tendinitis es la inflamación del tendón debido a movimientos repetitivos o por mantenerlo en una posición forzada durante un tiempo indefinido.
En el caso de la tenosinovitis, hablamos de la inflamación, además, de otros tejidos fibrosos alrededor o cercanos a la inserción de dicho tendón como consecuencia de la continua fricción al realizar esos movimientos repetitivos.
Ambos procesos, cuando se refieren a los tendones de la mano o de la muñeca se suelen asociar a trabajos en los que se necesite empuñar objetos con fuerza, girar repetidamente y de forma forzosa la muñeca o mantener posturas de tensión con dicha articulación. Si el trabajador padece de otras enfermedades como, por ejemplo, artrosis, artritis, diabetes mellitus o trastornos de tiroides será más propenso a padecer de tendinitis.
En el caso de los auxiliares administrativos lo más común es padecer la tendinitis en los dedos de la mano. Puede afectar al tendón extensor, la inflamación afecta a los tendones de los músculos extensores que supervisan la extensión de la mano, al tendón flexor, la inflamación afecta a los tendones de los músculos flexores responsables de la flexión de los dedos, o a la vaina sinovial de un tendón flexor, esta afección es más conocida como dedo en gatillo.
Para evitar en la medida de lo posible la aparición de esta enfermedad es conveniente realizar ciertos ejercicios de vez en cuando, intercalados entre las tareas más repetitivas, para intentar así descargar la tensión muscular o interrumpir las posturas corporales fijas e incluso los malos hábitos posturales. También es

conveniente la implementación de medidas ergonómicas en el trabajo, a través por ejemplo del mobiliario adecuado.
En el momento que aparece la tendinitis es fundamental el reposo absoluto para que la inflamación no vaya a más y un buen remedio es la aplicación de hielo en la zona afectada. Tomar analgésicos contra el dolor y usar una férula. En este caso, si la férula incomoda al realizar el trabajo se puede quitar durante la jornada laboral.
Si esas medidas no solucionan el problema en unas pocas semanas el problema sería momento de una operación quirúrgica.

## 5 Discusión-Conclusión

Como conclusión de este estudio podemos extraer que el trabajo de un auxiliar administrativo aunque a simple vista parezca sencillo y de poco esfuerzo físico, la realización continuada y sin pausas del mismo causa diversos daños físicos en el que uno de los más comunes es la tendinitis. Sobre todo en los dedos de las manos.
Para evitar su aparición es conveniente que el trabajador realice pausas en el trabajo para descansar los tendones, que lleve una vida sana, eliminando hábitos nocivos como el tabaco y el alcohol y su dieta alimentaria sea sana.
Además, el lugar de trabajo del auxiliar administrativo debe estar adaptado para facilitar su trabajo y disminuir el esfuerzo y tensión muscular realizado.
Es fundamental cumplir la normativa establecida en la Ley de Prevención de Riesgos laborales.
Todo ello redunda en un rendimiento óptimo del trabajador y menos bajas laborales. De esta manera los usuarios recibirán mejor atención y las empresas privadas y públicas donde realicen el trabajo los auxiliares administrativos tendrán menos costes laborales.

## 6 Bibliografía

1. Real Decreto Legislativo 8/2015, de 30 de octubre, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley General de la Seguridad Social.
2. https://www.legalik.com/abogados/laboral/enfermedades-profesionales.
3. https://riesgoslaborales.saludlaboral.org/
portal-preventivo/enfermedades -profesionales-del-sector/ introduccion/.
4. https://www.topdoctors.es/
diccionario-medico/enfermedades-profesionales.

## Capítulo 227

# EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN INSTITUCIONES PENITENCIARIAS

MÓNICA RUIZ PAJARES

## 1 Introducción

La Secretaría General de Instituciones Penitenciarias (SGIP) en España, o simplemente de Instituciones Penitenciarias (IIPP) es el órgano administrativo del Ministerio del Interior encargado de gestionar la administración penitenciaria del país.

Organiza y administra principalmente los establecimientos penitenciarios en relación con la seguridad interna del establecimiento, el transporte de los reclusos y las cosas que afectan en general al sistema penitenciario; Vigilar, clasificar y tratar a los reclusos, así como diseñar, elaborar y promover programas de intervención específicos; Será responsable de la tramitación administrativa de las solicitudes y quejas del recluso en relación con las actividades de penitencia, así como de la organización normativa de las instalaciones a su cargo.

Asimismo, se ocupa de la planificación, coordinación y dirección de las acciones sociales respecto de los privados de libertad condicional, así como de la administración y supervisión de las penas y alternativas a cargo de la Autoridad Penitenciaria; monitorear, analizar y controlar servicios, agencias y centros. económico-financiera, así como de proponer las modificaciones del Plan de Infraestructuras Penitenciarias y de las relaciones con la Seguridad del Estado y la Asociación de Instalaciones e Infraestructuras Penitenciarias, planificar, organizar y gestionar

las actividades encaminadas al mantenimiento y mejora de las condiciones sanitarias y sanitarias de los centros penitenciarios. entorno penitenciario, así como la Planificación y Organización de las instalaciones penitenciarias.

## 2 Objetivos

Describir la importancia y función del técnico en cuidados auxiliares de enfermería en las instituciones penitenciarias

## 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

Provenía del Director General de Prisiones, que se estableció en 1834, bajo el Departamento de Desarrollo General del Reino en ese momento. Una vez estaba el Inspector Jefe, pero dependía enteramente de las autoridades militares. El Negociado de Correccionales es de naturaleza civil, aunque su nómina aún incluye personal militar. Inicialmente, la agencia desempeñó solo un papel menor debido a la continua obstrucción de la junta militar y al constante conflicto con la autoridad del gobernador civil. Para solucionar estos problemas, en 1841 se creó el cargo de Inspector General de Prisiones, pero lo encabezaba un oficial que sólo apoyaba las pretensiones de los militares. 5 Las prisiones en el norte de África y Cádiz, África permanecen bajo jurisdicción militar. El decreto del 5 de septiembre de 1844 reforzó la soberanía de los gobernadores civiles sobre los comandantes militares, e incluso abogó por la desmilitarización gradual del sistema penitenciario al incluir la participación de personal civil en la aplicación de la ley, pero debido a la falta de personal civil con experiencia en la detención de oficiales. Un año más tarde, el cargo de Inspector General se dividió de manera que el cargo fue ocupado por un civil, un militar y un inspector civil, y a partir de 1846 los miembros del personal penitenciario supusieron la pérdida del carácter militar personal.

Algunas de las funciones que puede desempeñar el TCAE en las instituciones penitenciarias, es decir, en la cárcel, pueden ser las siguientes:
Las funciones del auxiliar de enfermería en la prisión serán específicas de la ocupación, como terapia, administración de medicamentos y atención al paciente. Este trabajo se realizará siempre bajo la supervisión de las enfermeras y médicos centrales.

## 5 Discusión-Conclusión

En conclusión, todos los profesionales sanitarios son de gran importancia, debido a que desempeñan una gran cantidad de funciones que ayudan tanto a otros compañeros como a el resto de población que pueda presentar cualquier tipo de enfermedad o problema.
Pero especialmente, el profesional sanitario conocido como TCAE, (técnico en cuidados auxiliares de enfermería), es muy importante en todos los ámbitos porque es el profesional sanitario que está en primera línea y en contacto con los familiares y el paciente en todo momento, pero también asiste a otros profesionales sanitarios en todo lo que a estos les sea así de su necesidad.

## 6 Bibliografía

«SGIP - Informe General 2019». p. 338-340.
«Programa 133A - PGE 2022.».
«Real Decreto 952/2018, de 27 de julio, por el que se desarrolla la estructura orgánica básica del Ministerio del Interior.». www.boe.es.
Consultado el 24 de abril de 2019.
«Ministerio del Interior. Dos siglos de historia.».
Ramos Vázquez, Isabel (2012). La Administración Civil Penitenciaria: militarismo y administrativismo en los orígenes del Estado de Derecho.. p. 478-479. ISSN 0304-4319.

## Capítulo 228

# LOS RIESGOS LABORALES PARA EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO

MARIA PILAR SANCHEZ FABRA

MARIA INMACULADA LOSA MARÍN

BEATRIZ DEL PINO FERNÁNDEZ

## 1 Introducción

En este capitulo vamos a conocer los posibles riesgos laborales que puede tener el auxiliar administrativo en un centro de salud de atencion primaria o en atencion especializada.

Los riesgos laborales estan recogidos en la ley de 8 de noviembre, 31/1995, segun esta ley:
–> el riesgo laboral es: las posibilidades que tiene un trabajador de una empresa determinada de que sufra un accidente derivado del trabajo, se calificara segun la gravedad, segun la probabilidad de que se produzca el daño y la severidad del mismo.
–> la prevencion de riesgos laborales, consiste en las actividades o medidas que podemos adoptar en una empresa con el fin de evitar o disminuir en la medida de lo posible los riesgos derivados en ese trabajo.
–> riesgo laboral grave e inminente: es el que pueda que se produzca en un futuro inmediato y produzca un accidente grave al trabajador.

En el sector de sanidad tiene que existir un comite de empresa, que sera el encargado de buscar los posibles riesgos, para darles una solucion inmediata, asi

como tambien, si cualquier trabajador percibe que puede que exista algun riesgo laboral, informara inmediatamente a su superior.

Tipos de riesgos laborales:

1. Riesgos ergonómicos
2. Riesgos de naturaleza psicosocial
3. Riesgos de naturaleza física
4. Riesgos químicos
5. Riesgos de índole biológica
6. Riesgos ambientales

## 2 Objetivos

Conocer los diferentes tipos de riesgos laborales de un auxiliar administrativo.

## 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

Según un estudio avalado por el ministerio de trabajo, los principales riesgos laborales que pueden existir en un puesto de auxiliar administrativo pueden ser:

–> Caídas al mismo o distinto nivel, golpes contra objetos mal colocados. Posibilidad de resbalarte si esta el suelo mojado.
–> Malas posturas en el puesto de trabajo, debido a estar tantas horas sentados en la misma posición, puede que el puesto de trabajo tenga una configuración inadecuada, como por ejemplo que el monitor el ordenador no tenga la altura adecuada, y pueda producir daños en las cervicales, dolor en articulaciones por habitos posturales malos o por movimientos repetitivos.

–> Malas posturas por la manipulacion manual de cargas. Los admnistrativos, tienen que coger cajas, tipo de carpetas y folios que son cajas muy pesadas, colo-

car carpetas en alturas donde no lleguen, e intenten estirarse para no tener que subir algun taburete.
Riesgos acústicos: Son ruidos y sonidos de ordenadores encendidos todo el dia, de personas pasando por el puesto de trabajo, de pacientes hablándoles durante todo su turno e trabajo, y puede llegar a producirles estrés y no dejarles concentrarse para realizar bien su trabajo.
–> Fatiga visual, es la que se da por estar todo el turno e trabajo mirando las pantallas de ordenadores, o leyendo documentos. Las pantallas de ordenador pueden tener mal ajustado el contraste o el brillo y producir molestias en la visión, que si se extiende en el tiempo puede lugar a problemas visuales.

Riesgos térmicos, son los causados por temperaturas no idóneas en el lugar de trabajo, demasiado frio, como demasiado calor, pueden dar lugar a desconcentración de los trabajadores, y enfermedades tipo resfriados, ect…
–> Síndrome del burnout o "síndrome del trabajador quemado" es el que si se hace crónico, ya que se produce en largos periodos de tiempo, este agotamiento, es tanto físico como mental, puede llegar a que el trabajador tenga una baja autoestima, alterar su personalidad, incluso puede llegar a una ansiedad o depresión. Su trabajo se hace monótono.

Riesgos psicosociales: Son riesgos que se dan, cuando la relación entre compañeros, con superiores o subordinados no son buenas. Cuando tienen que estar cara al publico, con los pacientes, etc..

## 5 Discusión-Conclusión

La conclusión es, que que hay que tener una buena prevención para evitar los riesgos laborales que pueden existir en un determinado puesto de trabajo, así como identificarlos, informar de ellos y evitarlos.
Si por ejemplo el suelo esta mojado hay que colocar la señal de suelo resbaladizo.
Los golpes contra objetos, se pueden evitar colocando en su sitio esos objetos.
Cuando un trabajador identifique el mínimo riesgo posible ponerlo en conocimiento de su superior, o en su caso con el responsable de riesgos de la empresa.
Los riesgos psicosociales son los mas difíciles de detectar y son los que los trabajadores no les suelen hacer tanto caso, pero son también bastante importantes para llevar a cabo un buen trabajo.

# 6 Bibliografía

1º https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-1995-24292
2º https://prevencionugtandalucia.es/prevencion-de-riesgos-laborales-administrativo/#::text=Los%20principales%20riesgos%20laborales%20a%20los%20que%20est%C3%A1,objetos%20mal%20colocados%20o%20resbalones%20en%20suelos%20mojados.
3º https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23748660/

## Capítulo 229

# CONCILIACION FAMILIAR DENTRO DEL AMBITO LABORAL SANITARIO

SARAI HERNÁNDEZ SALGUERO

## 1 Introducción

La Real Academia Española (RAE) la define como: "La participación equilibrada entre mujeres y hombres en la vida familiar y en el mercado de trabajo, conseguida a través de la reestructuración y reorganización de los sistemas, laboral, educativo y de recursos sociales, con el fin de introducir la igualdad de oportunidades en el empleo, variar los roles y estereotipos tradicionales, y cubrir las necesidades de atención y cuidado a personas dependientes".
A principios de los años 80 comienza el aumento de la participación de la mujer trabajadora en España , aumentando paulatinamente durante el resto del siglo XX y comienzos del XXI. Los datos recogidos por el INE cifra en 26,8% las mujeres en el mercado laboral en 1981 y hasta el 46,5% en 2005. (Fernández Cordon & Tobio Soler, 2005). Hoy en día se tiende a reconocer la conciliación como la respuesta más eficaz para frenar el descenso de la natalidad. El principal rasgo que se resalta es la satisfacción laboral y esta viene relacionada con una mejor relación trabajo-laboral por lo que son más propensos a una mayor satisfacción profesional. Por otro lado es habitual que el absentismo sea un conflicto trabajo-familia y que este aumente cuando aumenten las situaciones críticas familiares.

## 2 Objetivos

- Establecer medidas para la adaptación de la vida familiar y laboral a través del trabajador, famiilia, empresa y administraciones públicas.

- Identificar las medidas establecidas en España para la conciliación familiar.

## 3 Metodología

Se ha realizado una revisión bibliográfica sobre la conciliación y la vida familiar en el trabajador a través de PubMed y Scielo así como consultas en las bases de datos del INE (Instituto nacional de estadística). También se han utilizado palabras clave para la búsqueda como: conciliación, familia, natalidad entre otras.

## 4 Resultados

La adaptación de la vida familiar y laboral se consigue a través de la unión de varios factores que son principalmente:

- La colaboración por parte de la familia, esto incluye no solo que la pareja ayude a la mujer en las tareas domésticas y ayuda en el cuidado de niños si los hubiese o personas dependientes, sino que los propios hijos una vez alcanzada cierta edad también adquieran un compromiso en el hogar.
- La Administración Pública, es la encargada de dotar al sistema de las herramientas necesarias mediante el diseño de políticas sociales y familiares.
- Las empresas, aplicando las medidas dadas por la administración en políticas de igualdad y de conciliación familiar entre sus trabajadores, sin discriminación de género.

Actualmente en España existen distintas medidas para fomentar la conciliación de la vida laboral y familiar, entre ellas cabe destacar las siguientes situaciones:

- Permiso por nacimiento para la madre biológica: esta será de 16 semanas, de las cuales seis serán inmediatamente posteriores al parto, éstas serán de descanso obligatorio e ininterrumpido y le corresponderá el 100% de la remuneración económica.
- Permiso del progenitor diferente de la madre biológica por nacimiento: tendrá una duración de 16 semanas de las cuales seis serán inmediatamente posteriores al hecho causante y de descanso obligatorio, al igual que en el anterior supuesto este permiso contará también con el 100% de la remuneración.
- Permiso de lactancia: si el hijo es menor de 12 meses se tendrá derecho a una hora de ausencia de su puesto de trabajo que podrá dividir en dos fracciones si así lo desea.
- Excedencia para cuidado de hijos y otros familiares: en el caso del cuidado de descendencia este periodo no será superior a los tres años y se contará desde la fecha de nacimiento y en el supuesto de familiar dependiente podría aplicarse

hasta el segundo grado de consanguinidad o afinidad por razones de edad, accidente, enfermedad o discapacidad y se dispondría igualmente de un máximo de tres años.
- Reducción de la jornada laboral: Los progenitores con hijos menores de 12 años
- Reducción de la jornada laboral: Los progenitores con hijos menores de 12 años podrán disponer de una reducción de la jornada , la cual conllevaría una disminución proporcional de sus retribuciones.(Públicas, 2015) El no cumplimiento o impedimento por parte de la empresa o administración pública para disfrutar de los supuestos anteriormente mencionadas conlleva una disminución de la natalidad en España, viéndose las familias y en especial las mujeres incapaces de lograr una conciliación efectiva y real.
- Establecer medidas para la adaptación de la vida familiar y laboral a través del trabajador, familia, empresa y administraciones públicas.
- Identificar las medidas establecidas en España para la conciliación familiar.

Actualmente en España existen distintas medidas para fomentar la conciliación de la vida laboral y familiar, entre ellas cabe destacar las siguientes situaciones:
- Permiso por nacimiento para la madre biológica: esta será de 16 semanas, de las cuales seis serán inmediatamente posteriores al parto, éstas serán de descanso obligatorio e ininterrumpido y le corresponderá el 100% de la remuneración económica.
- Permiso del progenitor diferente de la madre biológica por nacimiento: tendrá una duración de 16 semanas de las cuales seis serán inmediatamente posteriores al hecho causante y de descanso obligatorio, al igual que en el anterior supuesto este permiso contará también con el 100% de la remuneración.
- Permiso de lactancia: si el hijo es menor de 12 meses se tendrá derecho a una hora de ausencia de su puesto de trabajo que podrá dividir en dos fracciones si así lo desea.
- Excedencia para cuidado de hijos y otros familiares: en el caso del cuidado de descendencia este periodo no será superior a los 3 años y se contará desde la fecha de nacimiento y en el supuesto de familiar dependiente podría aplicarse hasta el segundo grado de consanguinidad o afinidad por razones de edad, accidente, enfermedad o discapacidad y se dispondría igualmente de un máximo de tres años.
- Reducción de la jornada laboral: Los progenitores con hijos menores de 12 años
- Reducción de la jornada laboral: Los progenitores con hijos menores de 12 años podrán disponer de una reducción de la jornada , la cual conllevaría una disminución proporcional de sus retribuciones.(Públicas, 2015) El no cumplimiento o impedimento por parte de la empresa o administración pública para disfrutar de

los supuestos anteriormente mencionadas conlleva una disminución de la natalidad en España, viéndose las familias y en especial las mujeres incapaces de lograr una conciliación efectiva y real.

## 5 Discusión-Conclusión

A grandes rasgos lo que se pretende con la conciliación familiar es conseguir que tanto padres como madres puedan acceder al mercado laboral en igualdad de condiciones, sin que la situación familiar dificulte el acceso al empleo o el desempeño de cargos de mando o responsabilidad. En la segunda mitad del S.XX se ha producido un gran cambio en la situación laboral de hombres y mujeres. Las mujeres han dejado de orientar su vida en pareja y han empezado a hacerlo en el mercado laboral, sobre todo en aquellos casos que cuentan con un mejor puesto de trabajo. Queda de manifiesto que es de vital importancia para el desarrollo de una vida laboral plena que esta se pueda conjugar con una vida personal satisfactoria, pudiendo compaginar ambas sin que una sea excluyente de la otra, pudiendo ejercer su derecho al cuidado de la familia , el desarrollo de su personalidad y carrera profesional, así como el disfrute de su tiempo libre y ocio. Y para conseguir que esto sea una realidad y no una utopía todos debemos colaborar y tomar medidas desde la administración hasta el propio trabajador sin olvidar a los sindicatos ,ya que por desgracia muchas mujeres españolas, sobre todo las de las clases sociales más desfavorecidas siguen orientando su vida hacia la familia, abandonando el trabajo remunerado cuando lo han tenido, ya que si no existe una verdadera conciliación familiar su salario no es compensatorio con tener que asalariar a una tercera persona para el cuidado de sus hijos o personas dependientes a su cargo, de ahí la importancia de una verdadera y eficaz conciliación.

## 6 Bibliografía

- Biedma Ferrer, J., & Medina Garrido, J. (2014). Impacto de la conciliación laboral y familiar en el desempeño organizativo.
- Fernández Cordon, J., & Tobio Soler, C. (2005). Conciliar las responsabilidades familiares y laborales: políticas y prácticas sociales.
- Públicas, M. d. (2015). Real Decreto Legislativo, texto refundido de la Ley del Estatuto Básico del Empleado Público.
- Artacoz, L., Borrel, C., Merino, J., García Calvente, M. d., Sanchez Cruz, J., Deponta Codina, A., y otros. (2002). Desigualdades de género en salud: la concil-

iación de la vida laboral y familiar.
- Biedma Ferrer, J., & Medina Garrido, J. (2014). Impacto de la conciliación laboral y familiar en el desempeño organizativo.
- Fernández Cordon, J., & Tobio Soler, C. (2005). Conciliar las responsabilidades familiares y laborales: políticas y prácticas sociales.

## Capítulo 230

# AGRESIONES AL PERSONAL ADMINISTRATIVO DE UN CENTRO SANITARIO

MARIA MONICA SANCHEZ MARTINEZ

AIDA CUEVA HEVIA

MARÍA DEL CARMEN GANSO SUÁREZ

MARÍA DOLORES MARTÍNEZ GONZÁLEZ

ISABEL PEREGRINA MARQUEZ

## 1 Introducción

En los últimos años, han aumentado de manera drástica los casos de violencia y agresiones, de manera tanto física, como verbal, a los profesionales auxiliares administrativos de los centros sanitarios. Dichas agresiones y actuaciones violentas son desarrolladas tanto por los pacientes, como por sus familiares y acompañantes. La motivación principal es que el auxiliar administrativo es uno de los primeros profesionales con los que se tiene contacto a la llegada del centro sanitario. En mayor medida se identifican agresiones verbales, sin embargo, las físicas también existen (aunque en menor porcentaje), con la peligrosidad que conllevan. A pesar de ello, como se ha mencionado, son las verbales las más habituales, encontrando abusos, humillaciones y amenazas que pueden perjudicar la salud del profesional, dado que generan una alta ansiedad y estrés crónicos.

En uno de los últimos estudios sobre las agresiones en los ámbitos sanitarios, se encuentra que ocho de cada diez trabajadores de un centro sanitario han sido, alguna vez, víctima de una agresión, siendo las mujeres las principales afectadas. Por este motivo sobre importancia el hecho de que la mayoría de los profesionales administrativos son mujeres y, cómo se ha dicho antes, son la primera persona con la que el paciente tiene contacto. Por ello, es imprescindible que sepan cómo actuar y reaccionar en situaciones violentas o de agresión.

## 2 Objetivos

-Analizar cuáles son los principales puntos que los auxiliares administrativos deben tener en cuenta cuando se encuentran ante una agresión por parte del paciente o de un acompañante
-Exponer los beneficios de la aplicación de la prevención de este tipo de episodios en el día a día.

## 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 primer lugar, el auxiliar administrativo ha de tener en cuenta qué debe hacer cuando se encuentra con una persona conflictiva, ya que a diario debe de tratar con pacientes difíciles que pueden generar, en el propio profesional, cierto enfado. Las pautas a seguir, son:
• Tener una adecuada actitud adecuada ante el conflicto, que dependerá de cómo se perciba la situación variando, por lo tanto, la dificultad del momento. En ocasiones, el compartir la situación negativa con un compañero o compañera puede ayudar a tener una perspectiva distinta.
• En segundo lugar, el auxiliar administrativo ha de aplicar la empatía, poniéndose en el lugar de la otra persona para resolver el conflicto de manera asertiva, entendiendo lo que está sintiendo la otra persona en este momento.

• En tercer lugar, en ocasiones, los profesionales intentan cambiar la percepción de la persona, sin embargo, esto no siempre es posible en un corto espacio de tiempo. Por lo tanto, aceptar su actitud como algo imposible de cambiar, al menos en ese momento, ayudará a que el profesional busque vías alternativas de resolución.
• También se encuentra que la evitación de una situación conflictiva puede ayudar en ciertos momentos, ya que no siempre hay una solución factible a lo que el paciente plantea. Saber reconocer estos momentos y actuar en consecuencia, ayudará a evitar la escalada del problema.

Sin embargo, no solo debemos poner el foco en las víctimas, sino también en los agresores. El hecho de que la institución desarrolle adecuadas políticas preventivas y tenga dispositivos de seguridad, evitará las agresiones previamente mencionadas. Por otro lado, en caso de que esta se produzca, el profesional debe, en primer lugar, comunicarse de inmediato con su superior explicándole lo acontecido; si desea que lo vea un profesional sanitario, este será el momento, ya que se ha de realizar un informe donde aparezcan reflejadas, tanto las causas, como las lesiones producidas, con el fin de tomar las medidas oportunas. Además, se realizará un informe acerca de lo acontecido para interponer la denuncia correspondiente.

## 5 Discusión-Conclusión

Se encuentra que las agresiones violentas son muy frecuentes en el ámbito sanitario. Son los Auxiliares Administrativos unos de los principales afectados, no solo por ser los primeros con los que se topa el paciente a su llegada al centro sanitario, sino también porque en su mayoría son mujeres y son las principales afectadas por agresores varones. Las agresiones son, en general, imprevisibles, por lo que la formación a estos profesionales y otro personal sanitario y no sanitario que trabaja en el centro es esencial para evitar consecuencias mayores. Encontramos medidas preventivas que puede aplicar tanto el personal administrativo, como otros profesionales de la institución y los cuerpos de seguridad. En caso de darse una agresión, hay un protocolo que se debe seguir de manera rigurosa y todos los profesionales han de estar formados en el mismo.

## 6 Bibliografía

Serrano Vicente, M. I., Fernández Rodrigo, M. T., Satústegui Dordá, P. J., & Urcola Pardo, F. (2020). Agresiones a profesionales del sector sanitario en España,

revisión sistemática. Revista Española de Salud Pública, 93, e201910097. de Salud, S. M. (2005). Plan de prevención de las agresiones a los profesionales de la sanidad de la Región de Murcia.

Bernaldo-de-Quirós, M., Cerdeira, J. C., Gómez, M. M., Piccini, A. T., Crespo, M., & Labrador, F. J. (2014). Agresiones a los profesionales de las urgencias extrahospitalarias de la Comunidad de Madrid. Diferencias entre los servicios de urgencias y los de emergencias. Emergencias, 26(3), 171-178.

Rincón-del Toro, T., Villanueva-Guerra, A., Rodríguez-Barrientos, R., Polentinos-Castro, E., Torijano-Castillo, M., de Castro-Monteiro, E., ... & de Blas Salvador, V. (2016). Agresiones sufridas por las personas que trabajan en atención primaria de la Comunidad de Madrid, 2011-2012. Revista Española de Salud Pública, 90.

Roncero, C. G. (2011). Las agresiones en los centros sanitarios. RevistaEnfermería-CyL, 3(2), 25-30.

## Capítulo 231

# INTERVENCIÓN DEL CELADOR EN CUANTO AL PACIENTE AGITADO.REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA

MARIA JOSE VIZCAINO GONZALEZ

JOSE ANGEL GARCIA SERRANO

LAURA RUIZ GÓMEZ

EVA MARIA SÁNCHEZ CASTRO

GEMA URDIALES FERNÁNDEZ

## 1 Introducción

El celador, debido a su desempeño laboral en su día a día está en contacto directo con todo tipo de pacientes dentro del ámbito sanitario. En esta revisión bibliográfica vamos a centrarnos en la asistencia a pacientes agitados.

Este tipo de pacientes suele ser bastante frecuente y no resulta nada fácil al celador hacer frente a este tipo de situaciones de la manera más adecuada, manteniendo en todo momento la serenidad ante este tipo de situaciones en la que el paciente se encuentra en un estado de estrés y ansiedad derivado de las patologías físicas que tiene y de su estado emocional.

En estas situaciones el paciente se encuentra en un estado de tan estrés que provoca un grado de agitación verbal o física que si no se frena a tiempo puede ter-

minar en una situación violenta con sus posibles lesiones tanto para el paciente como para el celador o el profesional que vaya a prestarle atención.
Podemos encontrar 3 tipos de actuación para poder hacer frente a este tipo de situaciones:
1-reducción farmacológica: esta actuación se hace a través de la medicación que se suministra al paciente. Tiene que ser siempre pautada por el médico.
2-reducción verbal: es la que se realiza mediante la comunicación verbal con el paciente.
3- reducción física: es la actuación que se hace mediante la contención mecánica del paciente empleando medios físicos.

Prestaremos atención a la reducción verbal y a la reducción física, ya que son las dos en las que la figura del celador juega un papel importante ya bien sea a la hora de comunicarse con el paciente como en la ayuda que prestaría al resto del personal sanitario en la ejecución de la contención física. Hay que decir que la contención física es el último recurso a tener en cuenta y siempre debe de estar pautado por un profesional médico.

## 2 Objetivos

Realizar una breve revisión de la literatura sobre la intervención del celador en cuanto al paciente agitado.

Los objetivos específicos los hemos dividido en tres:
 Establecer las competencias de conocimientos, habilidades y actitudes necesarias en los profesionales de celadores para con los pacientes agitados.
 Conocer la importancia de una realización eficaz del manejo de los pacientes agitados.
 Mejorar el abordaje multidisciplinar en cuanto al paciente agitado.

## 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 reducción verbal podemos decir que es forma mediante la palabra hablada para revertir una situación en la que el paciente se encuentra en un estado de agitación y nerviosismo, a una situación más calmada y relajada. En esta ocasión, siempre se suele aconsejar que intervengan dos o más profesionales en cuestión de cómo esté la situación y hay que seguir unas pautas de recomendaciones:

- Mostrar una actitud pasiva en todo momento, para que el paciente pueda ver que mostramos una cierta preocupación hacia él y así poder ganarnos su confianza. Con esto también conseguimos reforzar sus cualidades y sus habilidades consiguiendo con ello un fortalecimiento de su autoestima. Todo esto se debe de hacer mediante un control del tono de voz con un ritmo y volumen adecuado de manera que transmitamos calma.

- Emplear un tipo de lenguaje sencillo y claro. En todo momento debemos procurar no cortar nunca la conversación con el paciente y evitar siempre las amenazas ya sean de tipo verbal como de no verbal.
- Se recomienda hacer una escucha activa y siempre tener en cuenta su criterio y opiniones.
- Siempre se debe de mantener una distancia de seguridad con el paciente y evitar los movimientos bruscos que puedan provocar estrés o nerviosismo al paciente.

En cuanto a la reducción mecánica, siempre pautada por el médico, podemos decir que se emplea cuando cualquier otro recurso no da resultado o no se pueden emplear. Para la reducción mecánica se aconseja que intervengan un mínimo de 4 profesionales y un máximo de 5 y hay que tener en cuenta las siguientes recomendaciones:

-Hay que tener preparado todo el material que se va a necesitar. También se debe de dejar fijado el cinturón abdominal y el de los pies a la cama.

- Realizar un control del entorno de manera que sea seguro. Frenar la cama y retirar cualquier objeto que sea peligroso y que pueda tener acceso el paciente.

- En primer lugar se pone el cinturón abdominal y luego cada uno de las extremidades uno por uno.

- Por último, se debe de comprobar que las sujeciones estén colocadas correctamente.

## 5 Discusión-Conclusión

Desde mi opinión, puede parecer difícil establecer unos protocolos de actuación para el profesional que trabaja en contacto con este tipo de pacientes en estado de agitación o nerviosismo, ya que cada persona es diferente y cada uno puede manifestar unos comportamientos muy diferentes a los que otro paciente podría manifestar.

Por otra parte, también es cierto que el personal profesional en muchas ocasiones se ve sobre sobrepasado en muchas ocasiones debido a la situación de estrés y ansiedad que les genera el estar en continuo contacto con este tipo de pacientes. Tener unos protocolos de actuación en la que cada profesional sepa lo que tiene que hacer ante la situación de un paciente agitado, nos servirá para poder hacer frente a estas situaciones de la manera más eficaz y segura para todo el personal involucrado y así poder evitar cualquier complicación ya sea de tipo físico o psíquico tanto para el paciente como para el profesional.

## 6 Bibliografía

1. Celadores en las instituciones sanitarias del INSALUD. Editorial MAP.
2. Conocimientos básicos y funciones del celador. Formación continuada LOGOS. 10ª Edición.
3. https://celadoresonline.blogspot.com/p/tema-25-actuacion-del-celadoren.html.
4. https://www.reserchgate.net/profile/carmen_angulo2/pulicacion/28264007_manejo_inicial_del_paciente_agi.
5.https://www.academia.edu/download/54607120/C_mecanica.pdf&sa=es&sa=1x&ey=QT7XX_qvjrZDy9YP78-YuA.

## Capítulo 232

# EL CELADOR EN RELACION CON EL PACIENTE PSIQUITRICO. REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA.

JOSE ANGEL GARCIA SERRANO

MARIA JOSE VIZCAINO GONZALEZ

ALEJANDRO GARCÍA BERNET

LAURA RUIZ GÓMEZ

EVA MARIA SÁNCHEZ CASTRO

## 1 Introducción

Desde que el paciente psiquiátrico se aprovecha de los mismos derechos a la sanidad que otro paciente con cualquier otra patología, las instituciones sanitarias se organizaron para dar atención a estos pacientes consiguiendo una serie de objetivos tanto desde el equipo de atención primaria como desde atención especializada. Todo esto se recoge en la ley general de sanidad de1986 del 25 de abril.

Las competencias profesionales que realizan los celadores en la actualidad en relación a los pacientes psiquiátricos, es lo equiparable a los que antiguamente se llamaba los mozos del manicomio. Es personal tanto antiguamente como en la actualidad imprescindible para el correcto funcionamiento de la unidad de psiquiatría y la adecuada atención a este tipo de pacientes.

Estas tareas de los profesionales celadores son numerosas y con gran variedad que suponen en muchas ocasiones por no decir en todos los casos, contacto directo con el paciente que padece alguna enfermedad mental o problemas de la esferal mental.
Existen las funciones generales de un celador como puede ser acompañar, ayudar en el ascensor, vigilar entradas, transferir informaciones verbales o escritas, transporte de mobiliario, de pacientes dentro o fuera de la unidad. Y dentro de las funciones específicas para este tipo de paciente y unidad entre otras está el transformar el ambiente para que éste sea propicio para estos pacientes tanto por el día como por la noche, ya que el ambiente es un factor muy importante y más en pacientes con patologías psiquiátricas. En la noche siempre el objetivo es el necesario descanso.

Es habitual encontrar en una unidad psiquiátrica a pacientes con patologías que cursen con autolesiones o incluso intentos de suicidio. El celador psiquiátrico, por su constante cercanía casi continua con estos pacientes sería la primera barrera de prevención para detectar y frenar estas conductas..
En algunas ocasiones se da el caso de que existan pacientes que son conflictivos con otras personas, es ahí donde el celador intervendrá en la posible contención siempre bajo prescripción médica y en términos de colaboración. A veces es necesario llegar a la contención cuando se ponen agitados o agresivos.
Los celadores acompañan, animan al paciente a salir al exterior cuando lo está permitido siendo una figura cercana que pueda transmitir confianza y seguridad a la vez que supervisan sus movimientos y comportamientos en el exterior. Técnica tan necesario y sana lo que aporta estancias al aire libre.
El médico pauta y dirige los tratamientos y las estancias de los pacientes psiquiátricos en cualquier centro sanitario, el celador cobra una figura muy importante con enlace entre paciente y facultativo.

## 2 Objetivos

Realizar una breve revisión de la literatura sobre el papel del celador con el paciente psiquiátrico.

## 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 más importantes del celador en la Unidad de Psiquiatría:
• En cuanto al cuidado ambiental del entorno ambiental de los pacientes, levantando persianas por la mañana y bajándolas por la noche.
• Ayuda al aseo personal de los pacientes que lo precisen.
• Vigila a los pacientes que no quieren asearse para que lo hagan
• Controla el acceso y la circulación de las personas por la Unidad.
• Recoge medicación y otros productos de la Farmacia.
• Acompaña a los pacientes y resto de personal sanitario a pasear por las zonas ajardinadas contiguas del Centro sanitario.
• Vigila a los pacientes en sus paseos o cuando salen al exterior en recintos acotados.
• Vigila el orden y la armonía entre los pacientes.
• Ayuda al personal sanitario en la administración de inyectables y tratamiento de pacientes incapaces que se niegan a colaborar.
• Colabora con otros profesionales de la Unidad en la reducción de pacientes agitados. Por ejemplo sujetando a los pacientes alterados a los que hay que aplicar sujeción mecánica.
• Vigila la puerta de acceso a la Unidad. Control de entradas y salidas.
• Controla el suministro de tabaco a los pacientes que lo tienen permitido en su tratamiento.
• Traslada pacientes a las Unidades y Consultas del Centro que sea preciso.
. El manejo familiar de los pacientes en condiciones psiquiátricas también es de relevancia a tener en cuenta por los celadores como profesionales trabajadores en estas unidades consideradas de especial atención, y el delicado estado en el que se puedan encontrar en su fase aguda, teniendo en cuenta el sufrimiento por el que puede estar atravesando su familia. Tratando de empatizar y saber medir bien el diálogo que pueda existir .

## 5 Discusión-Conclusión

En relación a los pacientes psiquiátricos la figura del celador no solo realiza tareas generales sino que también tiene otras tareas específicas para esta rama de la psicología que tiene un gran valor.

El paciente por la singularidad de sus patologías en muchas ocasiones es una persona susceptible, sensible que pueda requerir más paciencia y comprensión quizá que otro paciente sin patología psiquiátrica, por lo que el celador por su contacto continuado deberá ser empático y con habilidades comunicativas y técnicas determinadas.
Además, el ambiente es una variable de gran relevancia para el buen curso de cualquier enfermedad y el celador forma parte de ese ambiente donde debe adecuarlo a las necesidades de cada momento.

## 6 Bibliografía

http://celadoresonline.blogspot.com/
p/tema-25-actuacion-del-celador-en.html https://fisiostar.com/celador/
funciones-del-celador-en-psiquiatria

## Capítulo 233

# LA ACTUACIÓN DEL PERSONAL DE CELADOR EN LA UNIDAD DE PSIQUIATRÍA. REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA.

FRANCISCO FRAILE GIL

MONTSERRAT FELIPE AUÑON

MARIA SANCHEZ CAMARA

## 1 Introducción

Se puede llamar Unidades de Psiquiatría a aquellos grupos que están destinados a la atención de la salud mental de los pacientes que se encuentran internados dentro de un hospital.
Para llegar a estar internado en una unidad de psiquiatría previamente es necesario pasar unas pruebas de diagnóstico como el tratamiento en la unidad de atención primaria.
Por consecuencia de la Ley General de Sanidad, se ha igualado las condiciones del enfermo mental con las de los demás pacientes integrados en el hospital que requieran cuidados especiales, sanitarios o sociales, con el objetivo de conseguir una mayor integración de los pacientes de la Unidad Psiquiátrica y una mejor aceptación social para mejorar sus condiciones de vida durante su estancia en dicha unidad del hospital.
Debido a la ley de sanidad que hemos mencionado anteriormente, se ha logrado hacer mayor foco en el desarrollo de diferentes funciones como pueden ser la de

rehabilitación y reinserción social, completamente necesarios para poder prestar una mejor atención al paciente dentro de la Unidad de Psiquiatría.
Para que se pueda llevar esta función de una forma adecuada es necesario que haya vías de comunicación con los servicios sociales para poder lograr una coordinación entre ellos y el centro hospitalario, buscando siempre dar el mejor trato al paciente dentro de todo lo posible.

## 2 Objetivos

-Establecer las competencias de conocimientos, funciones y actitudes necesarias del personal de celador con los paciente psiquiátricos.
-Conocer la importancia que tiene una realización eficaz del manejo de los pacientes psiquiátricos.

## 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

Cabe resaltar la importancia que juega el papel del celador en una unidad de Psiquiatría.
Este profesional desempeña distintas funciones necesarias para la Institución Sanitaria coordinándose con el resto del personal sanitario.
Una de sus funciones más importantes en una unidad de psiquiatria es controlar el acceso tanto de las entradas como de las salidas de la Unidad para así poder evitar que personas no autorizadas puedan acceder y proporcionar comidas u objetos que puedan resultar peligrosos para los pacientes.
El personal de celador tiene que encargarse de coordinarse con el resto del personal para que los pacientes no hagan un uso indebido de los enseres y las instalaciones del centro evitando que causen daños, será el encargado de crear un buen ambiente en el entorno del paciente realizando funciones como pueden ser encender la luz, levantar las persianas de día a la vez que por la noche vigilará

que exista silencio y armonía entre los pacientes de la Unidad para poder respetar los horarios del sueño y mejorar así su calidad de vida dentro del centro.
Otra de sus funciones es animar y acompañar a los pacientes con prescripción médica a pasear por las zonas ajardinadas contiguas al centro sanitario.
Es de vital importancia que el celador recomiende a los pacientes realizar ejercicio físico para mejorar el estado de salud de los pacientes.
Una de las funciones más importantes que influye directamente en el bienestar del paciente internado en la Unidad de Psiquiatría del hospital es la función de vigilar a los pacientes ante posibles agresiones o altercados con otros internos y autolesiones, ya que es algo muy común en este tipo de pacientes.
También tendrá que colaborar con el equipo de profesionales de la unidad en la reducción de pacientes que se encuentren en un estado grave de agitación, utilizando los medios adecuados en función de la situación individual de cada paciente.

## 5 Discusión-Conclusión

Es necesaria la existencia de una coordinación en el servicio de psiquiatría entre los celadores y el resto de personal sanitario.
El papel que juega el celador complementa el servicio de otros profesionales, como puede ser el servicio de enfermería, proporcionándoles una gran ayuda que es de vital importancia en los momentos más críticos, siempre velando por dar a los pacientes de la unidad de psiquiatría la mejor atención y cuidados posibles mostrando siempre respeto y empatía ante las situaciones individuales de cada paciente internado.
Cualquier persona que se encuentre ingresada tiene el mismo derecho a recibir una atención tanto social como sanitaria como cualquier paciente que la demande en otra ala del hospital y es deber del personal del hospital velar por ello.

## 6 Bibliografía

1-Gálvez M. Celador. Revista Universidad de Mendoza. Sede web http://www.um.edu.ar/ojs-new/index.php/ReUM/article/view/34
2-Pérez J. Introducción a la Unidad de Psiquiatría: El papel sanitario. Manuales de enfermería. Disponible en: https://books.google.es/book.
3-Vidal Sanchez. Celador en la Hospitalización. La vida en el Hospital Segunda edic. Ed. Tecnos Pg. 69. Disponible en: http://www.monografias.com/trabajos/celador3.shtml#ixzz4mhZrAIKb

## Capítulo 234

# LA COMUNICACIÓN Y EL CELADOR

FRANCISCO FRAILE GIL

MONTSERRAT FELIPE AUÑON

MARIA SANCHEZ CAMARA

## 1 Introducción

La definición que se le puede dar al término comunicación es un proceso social por el que se intercambiar información, sentimientos, ideas entre dos o más personas.
Durante la comunicación existen una serie de elementos que la conforman que son el emisor, receptor, mensaje y canal.

Diferentes estudios han demostrado que una correcta comunicación favorece las relaciones sociales tanto en el ámbito personal como laboral, de ocio… en todas las situaciones.

Un escenario como es el sanitario es uno en los que la comunicación juega un importante papel, ya que las personas enfermas hospitalizadas o institucionalizados necesitan que los profesionales les escuchen activamente, entiendan sus necesidades y les informen comprensiblemente manteniendo en todo momento la empatía.

Con diferentes repaso a los estudios actuales se probado que la adecuada comunicación hospitalaria tiene un efecto muy beneficioso en el estado de salud del paciente y en su rápida recuperación.

La comunicación cuando se produce de manera asertiva y correctamente, la función terapéutica del lenguaje verbal es clara, sobre todo cuando se dirige para rehabilitar los estados negativos de salud o el mantenimiento el estado de salud.

Uno de los profesionales que más está en continuo contacto con los pacientes son los celadores, que deben gozar de conocimientos y habilidades en cuanto a la comunicación para poder permitirse relacionarse correctamente con los pacientes, con el resto del equipo de trabajo , todo ello influirá positivamente en la pronta recuperación del paciente enfermo.

## 2 Objetivos

Realizar una revisión de la literatura sobre la comunicación y el papel del celador.

Los objetivos específicos los hemos dividido en tres:
 Establecer las competencias de conocimientos, habilidades y actitudes necesarias en los profesionales para el manejo de la comunicación.
 Conocer la importancia de una realización eficaz del manejo de la comunicación.
 Mejorar el abordaje multidisciplinar en cuanto a la comunicación.

## 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

Durante el proceso de la comunicación se diferencia distintos elementos: un emisor, que es la persona que envía el mensaje; el receptor, que es la persona que recibe este mensaje; el propio mensaje, que será la información que se proporciona y que se elabora a través de un código; el canal es, precisamente, el medio a través del cual se transmite el mensaje. Puede ser de forma verbal, escrita, a través de signos… También será importante el contexto o la situación en la que se desarrolla todo el proceso comunicativo como último elemento.

Una vez diferencia los distintos elementos que conforman la comunicación, cabe destacar los diferentes tipos: la comunicación interna, en el ámbito sanitario sería la comunicación que se produce entre trabajadores del mismo centro de trabajo, donde dentro de ésta encontramos una comunicación ascendente , desde los eslabones más bajos hacia los cargos más elevados, una comunicación descendente , desde los directivos o supervisores hacia abajo del nivel jerárquico de la institución y una comunicación horizontal que es dentro del mismo estamento jerárquico.

Luego está la comunicación externa, que se produce entre la institución o centro sanitario y un contexto externo.
Dentro del propósito de esta revisión bibliográfica analizaremos la comunicación interna en dónde cada celador debe analizar aquellos obstáculos durante el proceso de la comunicación con la intención de reducirlos o eliminarlos.

Estos obstáculos pueden ser de distintos tipos: obstáculos semánticos, físicos o personales. Estos últimos son los más frecuentes dentro del ámbito sanitario y son aquellas que se ven influidas por las emociones, la propia persona, los hábitos, los valores, la ética y la moral.

Las menos frecuentes son los obstáculos físicos que son aquellos que impiden una adecuada comunicación como un excesivo ruido. Por último, los obstáculos semánticos se refieren a que, a veces, la persona no es capaz de interpretar adecuadamente las palabras verbalizadas y esto puede darse por diferentes situaciones.
Dentro de los diferentes estilos de la comunicación como el agresivo, pasivo y el asertivo, este último es el que se ha demostrado más favorecedor en el ámbito sanitario del celador.

## 5 Discusión-Conclusión

Con la asertividad se es capaz de sacar a la luz sentimientos, las emociones e ideas de una manera abierta, pero siempre bajo la premisa del respeto y la empatía hacia el paciente. Diferentes estudios muestran los efectos positivos de la asertividad, tanto para el celador como para el paciente. Este favorecedor estilo mejora las relaciones sociales en el ámbito sanitario, además de que puede apoyar al paciente a mantener un elevado bienestar y una alta calidad de vida durante su estancia hospitalaria.

El celador debe saber manejar adecuadamente la escucha activa, debe complementar una serie de trucos estratégicos básicos durante sus tareas laborales, como puede ser la amabilidad, mantenimientos del contacto visual, dejando espacio interpersonal, con un tono de voz adecuado, evitar la réplica y los juicios.

Además, ha de atender al lenguaje no verbal, a los gestos y a la expresión facial con el propósito de realizar todas las funciones comunicativas de una forma eficaz. El celador debe conocer al paciente y su entorno, sus características, adoptando un lenguaje verbal adaptado a la persona y facilitando, en todo momento, la comunicación.

El celador debe tener en conocimiento que la forma de comunicarse es esencial para garantizar un clima laboral adecuado y ha de conocer que su forma de interacción beneficiará o no a la recuperación del paciente. Es por ello, que ha de adaptar sus interacciones con la persona.

La base de sus habilidades comunicativas es la asertividad, la empatía y la escucha activa, que generarán efectividad, cercanía, respeto. Un trato humano e integral mejora y genera calidad asistencial en el ámbito sanitario y, por lo tanto, otorgar al celador de estas capacidades mediante programas formativos continuados y periódicos.

## 6 Bibliografía

1. Román-López, P., del Mar Palanca-Cruz, M., García-Vergara, A., Román-López, F. J., Rubio-Carrillo, S., & Algarte-López, A. (2015). Barreras comunicativas en la atención sanitaria a la población inmigrante= Communicationbarriers in healthtoimmigrants. Revista Española de Comunicación en Salud, 204-212.
2. Tejera, A. C., González, G. C., & Hidalgo, J. C. (1995). Barreras de comunicación con el paciente VIH+ percibidas por el personal sanitario. Gaceta Sanitaria, 9(47), 91-100.
3. Giraldo, P., Corbella, J., Rodrigo, C., Comas, M., Sala, M., & Castells, X. (2016). Análisis de las barreras y oportunidades legales-éticas de la comunicación y disculpa de errores asistenciales en España. Gaceta Sanitaria, 30(2), 117-120. Nevado Llopis, A. (2014). Barreras lingüísticas y culturales que dificultan la comunicación intercultural en el ámbito de la salud reproductiva. Panace, 15(40), 278-289.
4. Pérez Alcocer, A. (2015). El papel del celador en el hospital.

5. Llorca, D. A. (2013). Manual básico del celador de la Agencia Valenciana de Salud. Editorial Club Universitario.

## Capítulo 235

# ACTUACIÓN DEL CELADOR EN RADIOLOGÍA. REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA.

LAURA RUIZ GÓMEZ

MARIA JOSE VIZCAINO GONZALEZ

JOSE ANGEL GARCIA SERRANO

EVA MARIA SÁNCHEZ CASTRO

## 1 Introducción

¿Qué es el Servicio de Radiología?. Es una especialidad médica que diagnostica y trata enfermedades, utilizando soportes técnicos como imágenes, datos morfológicos y funcionales por medio de radiaciones ionizantes o no ionizantes.
El servicio de Radiología atiende a pacientes que vienen de Urgencias, de salas de hospitalización y de consultas del hospital y centros de salud. Es un servicio que está enfocado a la mejora de la calidad de vida de los pacientes.
Este servicio cuenta con médicos, enfermeros, técnicos superiores de Radiodiagnóstico, Auxiliares de enfermería y Celadores. Nos centraremos en el celador, que es el profesional que se encarga de vigilar que se cumpla la normativa vigente en el Centro Sanitario, brindando apoyo al equipo médico-sanitario, siendo por tanto una figura importante en el desarrollo de las propias actividades de un hospital.
El celador forma parte del personal no sanitario que trabaja al servicio de los

Centros sanitarios. Su trabajo es fundamental para un correcto funcionamiento en los centros junto al resto de personal médico y enfermería.
Los celadores tanto en el Servicio de Radiología como en otros servicios, se encargan del bienestar del paciente y controlar que las normas se cumplan en el Hospital. A continuación detallaremos más detenidamente las funciones que el Celador ejerce en el servicio de Radiología.

## 2 Objetivos

Exponer las funciones del celador en el Servicio de Radiología, desde que recoge al paciente hasta que lo devuelve a su lugar de origen al finalizar la prueba

## 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 servicio de Radiología también hay Celadores. El celador dependiendo de los casos, puede ser requerido para ayudar en determinadas pruebas de Rayos X. Colocará a los pacientes en la posición a adoptar, según el personal de Rayos X indique. Los pacientes pueden venir de planta o venir de consultas externas.
Una vez finalizada la prueba, ayudará al paciente a pasar a la silla de ruedas, camilla o a bajarse por sus medios. En caso de permanecer en planta, lo llevará de nuevo a la planta de origen. Durante su traslado, tratará de evitar que los drenajes y las vías no se deterioren.
El Celador, ya en planta, entregará al personal sanitario la Historia Clínica. Acompañará al paciente a su habitación, le colocará lo más cómodo posible, situará el suero debidamente así como los sistemas que haya necesitado llevar para realizar la prueba. Si llevara gafas de oxígeno, éstas se conectan a la toma de la pared.
Quien realiza la regulación de oxígeno es el personal de enfermería salvo que esté una enfermera y bajo supervisión de la misma, lo haga el Celador.
El celador en el servicio de Radiología puede exponerse a radiaciones, de ahí que tenga que tomar las medidas oportunas para evitar o minorar esas radiaciones.

El Celador, es el encargado de llevar al paciente del Servicio de Urgencias a Rayos X e indicar a los familiares y al enfermo los pasos a seguir. El primero es dar los datos en admisión y luego pasar por triar donde nombrarán un facultativo que decidirá inicialmente que pruebas se deben hacer y cómo.
El paciente que llega en ambulancia o en camilla, con toda probabilidad pasará por Boxes de Urgencias y le darán una cama. Pasarán al paciente a la cama, las auxiliares junto al Celador y le pondrán el camisón del Hospital.
Es el técnico de Rayos quien llama al paciente al servicio de Rayos. El celador en ese momento lo traslada en la cama y dependiendo de las placas que le hagan, ayuda a mover al paciente junto al de Rayos. Las pruebas de Rayos de Urgencias pueden ser variadas. Va de Radiografías, escáneres, resonancias, ecografías, etc.
En caso que el enfermo no necesitara de Boxes, esperará en la sala de espera con su propia ropa a que le llamen de Radiología. Si la persona se vale poco por sí misma, un auxiliar y un celador le ayudarán a prepararse.
Es importante saber que no es por orden de llegada el entrar o no en el Servicio de
Rayos, ya que depende de la lesión o de lo grave que esté la persona. El facultativo es quien lo decide.
El celador es un eslabón más de la cadena sanitaria, y su buena profesionalidad y buen hacer influye también en la opinión final que el paciente se lleve de la asistencia sanitaria que ha recibido.
El papel que realiza el Celador en los Servicios de Rayos X es importante por su labor. Tiene unas competencias importantes tanto a nivel de trabajo en equipo, de tener que adaptarse al cambio ya que cada servicio o prueba es diferente, su capacidad para comprender y responder a las demandas del enfermo, de organización y orden y de resolución de problemas.

## 5 Discusión-Conclusión

El papel que realiza el Celador en los Servicios de Rayos X es importante por su labor. Tiene unas competencias importantes tanto a nivel de trabajo en equipo, de tener que adaptarse al cambio, ya que cada servicio o prueba es diferente, su capacidad para comprender y responder a las demandas del enfermo, de organización y orden y de resolución de problemas.
Para evitar que se exponga a radiaciones, es necesario que tome las medidas oportunas.
El celador directamente tiene contacto directo con el paciente por lo que es bueno que el paciente se sienta seguro y confiado, porque eso hace que las pruebas que

tenga que hacer se hagan de forma más rápida y más seguro y esto favorece tanto a todo el personal implicado.
Es importante el conocimiento por parte del celador de todas las funciones que desempeña en el servicio de radiología y su realización de forma eficaz, contribuyendo al trabajo del equipo sanitario y buscando siempre el beneficio del paciente.

## 6 Bibliografía

1. Manual del Celador de Instituciones Sanitarias – MAD https://fisiostar.com/celador/funciones-celador-area-rehabilitación

## Capítulo 236

# ACTUACIÓN DEL CELADOR EN EL SERVICIO DE REPROGRAFÍA. REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA

MONTSERRAT FELIPE AUÑON

FRANCISCO FRAILE GIL

MARIA SANCHEZ CAMARA

## 1 Introducción

El celador adscrito al servicio de reprografía, además de llevar a cabo las funciones recogidas en la Orden del 5 de Julio de 1971 por el cual se establece el Estatuto de Personal no Sanitario al servicio de las Instituciones Sanitarias de la Seguridad social, desarrollará funciones ordinarias de reparto de correspondencia y documentos, funciones de centralita, y funciones de reprografía entre otros.

Por lo tanto, es de gran importancia que los celadores que desarrollen sus funciones labores en este servicio deben tener una serie de nociones básicas sobre el manejo de máquinas reproductoras, multicopistas, fotocopiadoras, encuadernadoras, fax, servicio postal, grapadoras y destructoras de papel entre otras.

Antes de desarrollar el tema del capitulo a tratar, se definirán una serie de conceptos para entender mejor el desarrollo del capitulo. Para ello, se utilizará el diccionario de la Real Academia de la lengua Española (RAE).

Reprografía: (del ingl, reprography) Reproducción de los documentos por diversos medios, como la fotografía, el microfilme, etc.

Multicopista: dicho de una máquina o de un aparato que reproduce en numerosas copias sobre laminas de papel textos impresos, mecanografiados o manuscritos, dibujos, grabados, etc. sirviéndose de diversos procedimientos.
En este capitulo se llevará a cabo una breve síntesis de todas las máquinas que debe utilizar el celador de la unidad de reprografía.

## 2 Objetivos

- Conocer todas las máquinas utilizadas en el servicio de reprografía.
Objetivos secundarios:
- Describirlas funciones que debe realizar el celador en el servicio de reprograrfía.
- Definir de los términos de reprografía y multicopista.

## 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 máquinas utilizadas en el servicio de reprografía son:
Multicopistas:
La función de las máquinas multicopistas es la de reproducir en un número determinado de copias un documento deseado.
Esta máquina permite la reproducción rápida de copias de un documento original utilizando un cliché.
Los sistemas básicos que encontramos en una multicopista son:
- Sistema de admisión de papel.
- Sistema de entintado.
- Sistema de portaclichés, donde es colocado el documento que se quiere reproducir.
- Sistema de cilindros para facilitar la entrada y salida de folios con las copias realizadas.
Podemos encontrar en el mercado máquinas multicopistas manuales o automáticas. De igual modo, el cliché también puede ser encontrado manual o automático.

Fotocopiadoras:
La función de las maquinas fotocopiadoras es la de reproducir imágenes o textos directamente sobre un papel, no siendo necesaria la utilización de un cliché para ello.
En el mercado podemos encontrar numerosos tipos de máquinas fotocopiadoras que dependerán de sus tamaños y funciones para diferenciarse entre unas y otras.
Entre estas máquinas podemos encontrar:
- Fotocopiadoras personales.
- Fotocopiadoras de oficina.
- Fotocopiadoras profesionales o de alta producción.

Las máquinas fotocopiadoras pueden tener otro tipo de clasificación dependiendo del tipo del tóner. Entre ellas podemos encontrar:
- Fotocopiadoras de tóner en polvo.

Fotocopiadoras monocomponente: utilizado según viene en el envase.
Fotocopiadoras bicomponente: la tinta es mezclada con un producto denominado developer.
- Fotocopiadoras de tóner líquido.

Encuadernadoras:
La función de las maquinas encuadernadoras es la de ordenar y clasificar los documentos, añadiéndoles portadas.
Las maquinas encuadernadoras pueden ser clasificadas en tres tipos:
- Aquellas que taladran el papel y que serán unidos los documentos mediante un gusanillo metálico.
- Las termoencuadernadoras. Estas máquinas incorporan una sustancia que calienta la encuadernadora y al enfriarse las copias, las deja unidas.
- Aquella encuadernadoras que fresan el papel para que el pegamento caliente penetre en los cortes.

Otras máquinas:
En la unidad de reprografía podemos encontrar otro tipo de máquinas como pueden ser:
- Grapadoras eléctricas. Son utilizadas para grapar documentos de manera más rápida y eficaz.
- Máquinas destructoras. Son utilizadas para destruir el papel que ya no es útil, dejando los documentos ilegibles.

## 5 Discusión-Conclusión

Las evidencias que presentamos anteriormente en este capítulo nos demuestran que los celadores que se encuentren adscritos en el servicio de reprografía deberá realizar funciones de fotocopiar documentos, encuadernarlos, encargarse de distribuirlos por el centro hospitalario.
Además de todas aquellas funciones recogidas en la Orden del 5 de Julio de 1971 por el cual se establece el Estatuto de Personal no Sanitario al servicio de las Instituciones Sanitarias de la Seguridad social.
Como se ha podido comprobar con la lectura de este capítulo, el celador deberá conocer la utilización de multitud de máquinas que se encuentran en el servicio, como pueden ser: máquinas multicopistas, fotocopiadoras, encuadernadoras, grapadoras.

## 6 Bibliografía

1. Instituciones Sanitarias de la Conselleria de Sanidad de la Comunidad Valenciana: Celador. España. MAD. Edición 2017-2018.
2. Orden del 5 de Julio de 1971 por el cual se establece el Estatuto de Personal no Sanitario al servicio de las Instituciones Sanitarias de la Seguridad social.

## Capítulo 237

# EL CELADOR. TÉCNICAS DE MOVILIZACIÓN Y TRANSFERENCIA DE PACIENTES. REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA.

MARIA SANCHEZ CAMARA

FRANCISCO FRAILE GIL

MONTSERRAT FELIPE AUÑON

## 1 Introducción

Es normal encontrarse frecuentemente con pacientes que tienen menores capacidades físicas o psíquicas, debido a una enfermedad o por su avanzada edad, por lo que necesitan ayuda para llevar a cabo ciertos movimientos, cambiar de postura o de lugar.

Una de las funciones más habituales del celador es la movilización y transferencia de pacientes:

- La movilización es el movimiento que se hace sobre una misma superficie que conlleva cambios de posición o de situación (giros en la cama).
- La movilización puede ser activa o pasiva, la movilización activa es la que puede realizar el paciente por sí mismo, con la supervisión de un profesional sanitario; la movilización pasiva es realizada por el profesional sanitario.
- La transferencia es el movimiento que se efectúa de una superficie a otra o de un plano a otro, supone más riesgo que la movilización, debido a que hay

que cambiar de plano y de superficie de apoyo; se debe de prestar atención a la seguridad, tanto del paciente como del trabajador.
Hay varios materiales y aparatos que se pueden utilizar para favorecer el trabajo de movilización y transferencia, entre ellos podemos encontrar:
- Grúas y arneses: las grúas pueden ser de 3 tipos (mecánica, hidráulica, o eléctrica), tienen ruedas en la base y se une a un arnés. Se utiliza para movilizar a pacientes sin esfuerzo, con mayor seguridad y menor riesgo de lesiones para el paciente y para el personal que lo mueve.
- Transfer o tabla deslizante: consiste en una plancha rígida forrada con material antideslizante, el cual gira sobre la tela. Sirve para trasladar al paciente desde la cama a la mesa de operaciones o viceversa, mesa de rayos X, etc., evitando movimientos dolorosos para el paciente y realizando un menor esfuerzo físico el personal que lo realiza. Sábanas (entremetida): es una sábana que se dobla por la mitad, se coloca por debajo del paciente encamado desde los hombros hasta los muslos.
- Trapecio de cama: es un accesorio de cama, consiste en un agarre en forma de trapecio que queda suspendido a una altura adecuada, para que nos permita cogernos a él, favoreciendo la movilidad de los pacientes encamados y dándoles más autonomía y seguridad.
- Discos giratorios: el disco giratorio para el suelo suele ser fuerte y ligero, con rotación en ambos sentidos que facilita el giro de las personas cuando están de pie o sentadas, para ayudar en el traslado de la cama a la silla o viceversa.

## 2 Objetivos

Exponer las distintas técnicas de movilización y de transferencia de los pacientes.

## 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

Una de las funciones del celador es ayudar en la movilización del paciente, cuando sea necesario, entre otras cosas para acomodarlo. Los cambios posturales frecuentes evitan las úlceras por presión. Antes de movilizar al paciente encamado debemos de conocer su estado y saber si puede colaborar.
Hay distintas técnicas de movilización de pacientes, entre todas ellas, vamos a destacar las siguientes:
1. Movilización del paciente encamado hacia la cabecera de la cama:
1.1. Cuando el paciente colabora: es suficiente una persona, que se coloca al lado de la cama, frente a él y a la altura de la cadera; se le pide que flexione sus rodillas, apoyando la planta del pie sobre la superficie de la cama y que se agarre a la cabecera de la cama (si el paciente estuviese en una cama que tuviera un triángulo de balkan o trapecio, se cogería a él). El celador coloca los brazos por debajo de las caderas del paciente, ayudando al enfermo a subir hacia arriba, a la vez que él se impulsa con sus pies y brazos. Hay que tener cuidado que no se golpee en la cabeza contra el cabecero.
1.2. Cuando el paciente no colabora: son necesarias dos personas y hay dos maneras de hacerlo:
- Colocándose una a cada lado de la cama del enfermo, frente a él; apartando la almohada y la ropa superior de la cama. Los celadores colocan los pies separados y las rodillas ligeramente flexionadas, meten un brazo por debajo del hombro del paciente y el otro por debajo del muslo, levantando al paciente con cuidado y colocándolo en la posición adecuada.
- Se sitúan las dos personas al mismo lado de la cama, introduciendo una de ellas un brazo por debajo de los hombros del paciente y el otro brazo por debajo del tórax; mientras que la otra persona coloca los brazos por debajo de los glúteos, levantando simultáneamente al paciente y dejándolo en la posición correcta.
2. Movilización del paciente hacia un lateral de la cama:
2.1. Sin la ayuda de la entremetida: el celador se sitúa en el lado de la cama hacia el que se quiere colocar al enfermo; frenando la cama, apartando la almohada y la ropa que lo tapa. Se coloca un brazo por debajo del cuello del paciente hasta agarrar el hombro más lejano, el otro brazo se pone por debajo de la zona lumbar, tirando con ambos brazos a la vez; una vez desplazada esa parte del cuerpo, clocamos los brazos bajo los glúteos y tiramos simultáneamente para mover la otra parte del cuerpo del paciente. Si el paciente es una persona fuerte tendrán que moverlo entre dos personas.
2.2. Con la ayuda de la entremetida: se lleva a cabo entre dos personas, se dobla la

sábana en su largo a la mitad, se la metemos al paciente por debajo, de manera que llegue desde los hombros hasta los muslos. A continuación se enrolla la sábana por los laterales, se sujeta con fuerza y se mueve al paciente hacia cualquier lado de la cama.
3. Giro del paciente encamado de decúbito supino a decúbito lateral:
El celador se sitúa en el lado de la cama hacia el que se va a girar al enfermo. Lo primero que se hace es comprobar que el paciente no esté cerca del borde de la cama, si estuviera hay que moverlo para el otro lado. Después estiramos el brazo del paciente del lado hacia el que lo queremos girar y el otro brazo se lo doblamos sobre el pecho; a continuación le flexionamos por la rodilla la pierna más alejada. Por último colocamos nuestros pies uno delante del otro, nuestras manos una en el hombro y la otra en la cadera más alejada del paciente y procedemos a girarlo hacia nosotros.

## 5 Discusión-Conclusión

Siempre que podamos es mejor usar medios mecánicos, los cuales escogeremos en función del estado y de las características del paciente, en casos necesarios colocar elementos de seguridad y apoyo. Antes de empezar debemos observar el lugar de trabajo, apartando todo lo que pueda estorbar, hablar con el paciente a movilizar para explicarle lo que vamos a hacer, conocer su estado y saber si puede colaborar en la movilización.
Es importante mover al paciente de forma gradual, con suavidad y sin lastimarlo. Adoptar una postura correcta en la movilización y traslado de pacientes será beneficioso para nuestra espalda y para la seguridad del paciente

## 6 Bibliografía

1. https://celadoresonline.blogspot.com/p/tema-10-movilizacion-delpaciente.
html.
2. https://fisiostar.com/celador/dispositivos-y-materiales-para-ayudar-en
la movilización-de-pacientes.
3. https://blog.opositatest.com/la-movilizacion-de-pacientes
principios generales-mecánica-corporal/.

## Capítulo 238

# FASES DEL MÉTODO EN EL TRABAJO SOCIAL SANITARIO.

GEMMA ALONSO COMBARRO

## 1 Introducción

En el Trabajo Social, para conseguir su objetivo, el progreso de la sociedad en materia de bienestar social y la promoción de recursos necesarios para una mejor calidad de vida, necesita de un Método.
El método, plan prefijado, con reglas determinadas, aptas para conseguir un fin, constituye la clave para leer la realidad, el método no es todo, se necesitan procedimientos y medios que prueben la eficacia de los métodos, podemos decir que lo que realmente hace operativo al método son las técnicas.
Utilizar una técnica es lo contrario de improvisar o actuar de forma rutinaria o mecánica. Según Moix "Las técnicas son los instrumentos o herramientas utilizados como parte del método".
La técnica supone reflexión, decisión consciente e intervención planificada, lo que marca la diferencia entre la intervención profesional y la no profesional.
El trabajador social no puede abordar la realidad social de una forma indiscriminada. El proceso de abordaje, como en cualquier disciplina científica, tiene que establecer un método, para llegar al conocimiento.
Esto implica la utilización de técnicas, empleadas como herramientas, para acceder a dicha realidad, es evidente que no pueden emplearse las mismas técnicas para conocer, que para intervenir, por este motivo, existen en Trabajo Social unas técnicas concretas que verifican unos contenidos, las técnicas de conocimiento, que se utilizan para recoger información y poder elaborar a través de ésta hipóte-

sis de trabajo extraídas por lo general de la sociología y las técnicas de intervención, aplicadas a una realidad concreta para transformarla o modificarla.

## 2 Objetivos

- Diferenciar entre técnica y método.
- Identificar las distintas fases dentro del método de trabajo social.

## 3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, he 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: Scielo Pubmed y Medline buscando con palabras clave como: método, técnica, trabajo social, programación o investigación.

## 4 Resultados

Se distinguen las siguientes fases dentro del método de trabajo social:
1. La investigación, como primera fase del proceso metodológico de intervención; el profesional de la disciplina de Trabajo Social realizará los siguientes estudios: Exploratorio, Descriptivo, Correlacional y Explicativo. Además de la elaboración de un diagnóstico situacional que le permita identificar los principales problemas y necesidades sociales; ello con la finalidad de indagar la problemática social para explicar sus causas e interrelaciones contextuales; asimismo, caracterizar y ver la magnitud de estas causas para su posible intervención a través de la construcción de modelos que contribuyan a la solución de dichos problemas; promoviendo un cambio en sus condiciones existentes para elevar el bienestar y la calidad de vida de la población, en sus diversos niveles de intervención: caso, grupo y comunidad.
2. La programación, como una fase primordial para intervenir directamente en la problemática detectada, en esta fase el profesional de la disciplina de Trabajo Social, diseñará planes, programas y proyectos de intervención en atención a los problemas o necesidades sociales detectadas que la población demanda como una prioridad; esto en el marco de la normatividad, bajo un enfoque teórico metodológico que le de sustento al procesos de intervención; en estrecha coordinación y colaboración interinstitucional con instancias públicas, privadas y sociales, con el propósito de contribuir en la ejecución de políticas públicas.

3. En la fase de ejecución, el profesional de Trabajo Social; deberá gestionar los recursos humanos materiales y financieros para el desarrollo de las actividades programadas en el proyecto; asimismo, deberá gestionar y acondicionar los espacios para el desarrollo óptimo de las actividades. Además de brindar servicios de capacitación y asesoría a la población que participa en el proyecto a través de la coordinación interinstitucional, sumando esfuerzos y recursos institucionales.
4. La fase de supervisión; hace referencia al trabajo de seguimiento y vigilancia oportuna en el desarrollo de las tareas y actividades; en esta fase es importante la participación del personal idóneo para realizar esta tarea; sobre todo de los responsables del proyecto: autoridades institucionales, coordinadores y personal operativo, cuya actividad de supervisión debe ser planteada en dos momentos: Interna; hacia dentro; es decir, entre los propios participantes y coordinadores, con una vigilancia mutua en el desarrollo de tareas para el cumplimiento de las actividades; y Externa, por personal competente de las instituciones que colaboran en el proyecto, con instrumentos confiables y estrategias pedagógicas oportunas que permitan realizar cambios en los momentos oportunos.
5. En la fase de evaluación; se realizan acciones que permiten comparar, de acuerdo, con uno o varios patrones o normas previamente establecidos las correspondencias y divergencias entre las distintas fases del proceso metodológico de intervención; es decir, en la fase de investigación y la fase de programación; durante la fase de elaboración de la programación, como dentro de la fase de ejecución y operación del proyecto; y al finalizar el desarrollo de las fases del proceso de intervención. Por ejemplo, los recursos que se estima pueden ser utilizados por el proyecto y los resultados esperados del mismo, con el propósito de determinar si dicho proyecto se adecua o no a los fines u objetivos perseguidos y permita la mejor asignación de recursos disponibles.
6. La sistematización, permite ordenar las experiencias vividas; lo acontecido desde el diseño, elaboración, gestión, ejecución y evaluación de un proyecto. Este proceso inicia desde que se construye un proyecto de intervención y no una vez que finalizó la última actividad práctica; su recuperación teórica se da desde la primera fase de la intervención, o sea la investigación y concluye con la evaluación. Es importante acotar que la participación de los diversos actores involucrados en el proceso de sistematización, juega un papel fundamental para la recuperación teórica de la experiencia. Este carácter participativo, se basa en la reconstrucción e interpretación de las experiencias prácticas realizadas, donde los participantes reconstruyen en forma colectiva su experiencia, efectúan una interpretación de los sucesos vividos, recolectando por escrito el conjunto de tareas y actividades en las que participaron en la realidad social demandante de

manera práctica.
7. En el diseño de Modelos; como última fase del proceso metodológico de intervención; el profesional de la disciplina de Trabajo Social, retomando la recuperación teórica y metodología de la experiencia vivida, diseñará un modelo de intervención; es decir, construirá una representación intelectual simplificada y esquemática de la respuesta como solución al problema planteado. En este proceso de construcción del Modelo; seleccionará los elementos más relevantes y las interrelaciones que faciliten su lectura y comprensión, sobre todo, con la finalidad de llevarlo al espacio de la práctica social.

## 5 Discusión-Conclusión

Las acciones y áreas del proceso de intervención se deben de plantear de forma específica; delimitando necesidades y objetivos, pero sobre todo minimizando tiempos y recursos, así detallar los tipos de técnicas e instrumentos a aplicar como parte del proyecto específico.
La diversidad y complejidad de los problemas que aborda el Trabajo Social, requiere la utilización combinada de teorías explicativas y modelos de intervención que fundamenten la práctica profesional y garanticen su efectividad.
En todo proceso de intervención se generan y se ponen en evidencia desde un punto de vista epistemológico una serie de encuentros entre lo objetivo y lo subjetivo; lo abstracto y lo concreto; entre la práctica y la teoría, aspecto metodológico que facilita la construcción de diferentes encuadres analíticos, como una forma singular de confrontar la teoría con la realidad.

## 6 Bibliografía

1. La metodología y las técnicas en el trabajo social. COLOMER, Montserrat.
2. Introducción al Trabajo Social. Madrid: Trivium. MOIX MARTÍNEZ, Manuel.
3. https://hoxe.vigo.org/.
4. https://roderic.uv.es/.
5. https://www.revistamedica.com/.

## Capítulo 239

# LOS PRINCIPIOS BIOÉTICOS EN EL ENTORNO SANITARIO.

GEMMA ALONSO COMBARRO

## 1 Introducción

La palabra bioética es un neologismo acuñado en 1971 por Van Rensselaer Potter (en su libro Bioethics: bridge to the future), en el que este autor engloba la ”disciplina que combina el conocimiento biológico con el de los valores humanos”. La prestigiosa Encyclopedia of Bioethics (coordinada por Warren Reich) define la bioética como ”el estudio sistemático de la conducta humana en el área de las ciencias de la vida y del cuidado sanitario, en cuanto que tal conducta se examina a la luz de los valores y de los principios morales”. En la actualidad abarca no sólo los aspectos tradicionales de la ética médica, sino que incluye la ética ambiental, con los debates sobre los derechos de las futuras generaciones o el desarrollo sostenible.

En 1972 André Hellegers crea el Instituto Kennedy de Bioética, en la Universidad Georgetown (Washington DC), siendo esta la primera vez que una institución académica recurre al nuevo término. Según Warren Reich (1993), la palabra bioética ha tenido éxito en imponerse porque es muy sugestiva y poderosa: ”sugiere un nuevo foco, una nueva reunión de disciplinas de una forma nueva y con un nuevo foro que tendió a neutralizar el tinte ideológico que la gente asociaba con la palabra ética”.

El objetivo de la bioética, tal como la ”fundaron” el Hastings Center (1969) y el Instituto Kennedy (1972) era animar al debate y al diálogo interdisciplinar entre la medicina, la filosofía y la ética, y supuso una notable renovación de la ética médica tradicional.

## 2 Objetivos

- Definir bioética e identificar los principios bioéticos.
- Conocer la finalidad de los comités de bioética en el entorno sanitario.

## 3 Metodología

Para la elaboración de éste capítulo 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 bioética, autonomía, justicia, beneficencia o comité de ético asistencial.

## 4 Resultados

En el año 1979 cuando los bioeticistas Tom Beauchamp y James Franklin Childress definieron los cuatro principios de la bioética, que ayudan a su expansión con una mayor aceptación:
1. Autonomía: Es la capacidad de las personas de deliberar sobre sus finalidades personales y de actuar bajo la dirección de las decisiones que pueda tomar. Todos los individuos deben ser tratados como seres autónomos y las personas que tienen la autonomía mermada tienen derecho a la protección.
2. Beneficencia: "Hacer el bien", la obligación moral de actuar en beneficio de los demás. Curar el daño y promover el bien o el bienestar. Es un principio de ámbito privado y su no-cumplimiento no está penado legalmente.
3. No-maleficencia: Es el primum non nocere. No producir daño y prevenirlo. Incluye no matar, no provocar dolor ni sufrimiento, no producir incapacidades. No hacer daño. Es un principio de ámbito público y su incumplimiento está penado por la ley.
4. Justicia: Equidad en la distribución de cargas y beneficios. El criterio para saber si una actuación es o no ética, desde el punto de vista de la justicia, es valorar si la actuación es equitativa. Debe ser posible para todos aquellos que la necesiten. Incluye el rechazo a la discriminación por cualquier motivo. Es también un principio de carácter público y legislado.
Si se da un conflicto de principios éticos, los de NO-maleficencia y Justicia, de nivel público y obligatorio, están por encima de los de Beneficencia y Autonomía considerados de nivel privado.
La Bioética es una disciplina amplia, abierta y con una metodología interdisciplinar en Filosofía, Derecho, Política, Economía, Docencia e Investigación se ha-

cen elementos fundamentales, lo que supone un movimiento de transformación de los clásicos criterios que predominaron en el desarrollo, formación y docencia de las profesiones, cuya ética y moral se orientaban y regulaban básicamente por los códigos deontológicos y la moral religiosa dominante en el país. Estas condiciones han motivado a la creación de diversos Comités de expertos.
Los Comités tienen como finalidad el buen funcionamiento de la asistencia sanitaria y de la investigación clínica: a) La necesidad de controlar la investigación para evitar los abusos con poblaciones débiles (menores, marginados, deficientes mentales) o la falta de rigor en el planteamiento metodológico y realización de los experimentos. b) El énfasis en defender la dignidad y el respeto a la persona humana, contando con su opinión, y siempre que sea posible aceptándose, en la toma de decisiones clínicas e intentando que no se produzcan discriminaciones. c) Crear mecanismos que ayuden a los profesionales sanitarios en la toma de decisiones difíciles (muerte cerebral, extracción de órganos, actuación con medios proporcionados o desproporcionados, gestión de camas en las unidades de cuidados intensivos tanto de niños como de adultos, listas de espera, etcétera) y que les orienten sobre los aspectos éticos o legales de las mismas. d) Promover la elaboración, por parte de los equipos sanitarios, de protocolos de actuación para mejorar la calidad y aumentar la confianza de la sociedad.

## 5 Discusión-Conclusión

Los comités surgen, primeramente en el ámbito hospitalario para extenderse más tarde al de la Atención Primaria, los denominados Comités Éticos de Investigación Clínica y los Comités de Ética Asistencial, con una implantación muy desigual, al menos en España.
Para fomentar la colaboración de los organismos autonómicos, el Comité de Bioética de España, adscrito al Ministerio de Sanidad y previsto en la Ley 14/2007 de Investigación Biomédica (LIB). Se crea además para asesorar a los poderes públicos en el ámbito estatal. Está constituido por miembros a propuesta de las Comunidades Autónomas y por la Administración General del Estado , estando representados cada uno de los distintos Ministerios y el Instituto de Salud Carlos III.

## 6 Bibliografía

1. https://www.elsevier.es/.
2. https://www.scielo.cl/.

3. http://www.comitedebioetica.es/.
4. https://www.bioeticacs.org/.

## Capítulo 240

# PAPEL DEL PERSONAL DE COCINA EN EL ÁMBITO HOSPITALARIO. REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA.

LORENA FERNÁNDEZ CASTAÑON

MARIA BEGOÑA SIERRA GARCIA

TAMARA IGLESIAS RODRIGUEZ

## 1 Introducción

Una adecuada alimentación y nutrición es parte de un proceso fundamental e imprescindible para garantizar una mejor recuperación o proceso de recuperación del estado de salud de un paciente y/o usuario hospitalizado. También, en algunas enfermedades será la base del propio tratamiento como puede ser, por ejemplo, en la diabetes mellitus, hipercolesterolemia, hipertensión arterial, etc.

Además, la alimentación y menús que se distribuyen deben ser personalizados, atendiendo a las necesidades nutricionales y gastronómicas de cada paciente y usuario que los vaya a recibir. Por eso, es muy importante que las dietas y menús que se entregan a los pacientes que están hospitalizados, sean seguras y con unas medidas de higiene apropiadas, con el fin de evitar que éstos puedan sufrir un proceso de intoxicación o una toxiinfección, etc., que conlleve a un agravamiento o complicación de la causa de su hospitalización y/o estado de salud.

Por esa razón, la seguridad alimentaria es asegurada con la creación del sistema de calidad mediante las normas de calidad, ISO 9001/2015, el sistema de autocontrol de Análisis de Procesos y Puntos de Control Críticos (APPCC) y la formación

continuada de todo el personal que está comprometido en la elaboración de los menús y dietas diarias de los pacientes y usuarios del ámbito hospitalario.

## 2 Objetivos

Hacer una breve descripción de las funciones y tareas desempeñadas por el personal de cocina en el ámbito hospitalario

## 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 coordinación entre el personal y una correcta distribución de los puestos y tareas son imprescindibles para que el trabajo diario dentro de un hospital funcione a la perfección. Por eso, las funciones a desarrollar por el personal que integra la cocina de un hospital dependerán del sitio que ocupen dentro de la misma. Son muchos puestos que hay dentro de la cocina de un hospital, los más importantes se enumeran a continuación:
La gobernanta es aquella persona encargada de la distribución de los turnos de trabajo y funciones según las necesidades y responsabilidades de cada uno.
Se contará, también, con un jefe de cocina, el cual, realizará de forma adecuada funciones de planificación, organización y control de las tareas de la cocina, así como, dirigir y coordinar al personal que integre la misma. También será su responsabilidad la elaboración de los pedidos de mercancías, materias primas, etc., tanto de la recepción de los productos como la conservación y almacenamiento de los mismos.
Otra figura importante dentro de la cocina de un hospital es el cocinero. Éste es el encargado de ejecutar de una manera limpia y adecuada la preparación, cocinado y presentación de los platos y menús que se van a consumir. Colaborará con la dietista en la elaboración de los menús y las dietas que mejor se ajusten a las enfermedades o patologías que presenten los diferentes usuarios del hospital, teniendo en cuenta los requerimientos nutriciones de los mismos, así como la

forma de presentación de los productos elaborados (por ejemplo: dieta túrmix, dieta para diabéticos, etc.). Colaborará también, en la realización de los pedidos, así como la conservación y aprovechamiento de los productos almacenados y puestos a su disposición.

## 5 Discusión-Conclusión

Todas estas funciones y tareas desempeñadas por el personal de cocina en el ámbito hospitalario deben realizarse con la máxima limpieza y asepsia posibles, con el fin de evitar y prevenir las enfermedades que pueden transmitirse a través de los alimentos, ya sea por una mala manipulación, conservación o almacenamiento de los mismos.
Por eso, es imprescindible, que todos los trabajadores que integren la planilla de este servicio y que su actividad laboral se desarrolle en contacto directo con los alimentos, bien sea en su preparación, elaboración, almacenamiento, distribución, etc., tengan la formación periódica, continuada y adecuada sobre la seguridad y manipulación de alimentos, así como recibir una educación sanitaria acerca de la importancia de tener unos hábitos higiénicos personales apropiados.

## 6 Bibliografía

-http://www.lacocinadelhospital.org/es/info/introduccion#::text=La%20cocina%
20hospitalaria%20o%2C%20como,la%20recuperaci%C3%B3n%20del%20paciente%20ingresado.
-https://es.scribd.com/document/43660317/Distribucion-Del-Trabajo-en-
LaCocina-Del-Hospital
-https://blog.editorialcep.com/sanidad/funciones-pinche/

## Capítulo 241

# OSTEOPOROSIS Y SU TRATAMIENTO DESDE LA FARMACIA.

AMELIA AGUARON LANGARITA

## 1 Introducción

La osteoporosis es una enfermedad ósea progresiva que se caracteriza por la pérdida generalizada de masa ósea y se produce un deterioro en la arquitectura del tejido óseo lo que conlleva al aumento de la fragilidad del hueso.
Se trata de una enfermedad grave, crónica y progresiva que además no suele presentar síntomas hasta que está muy desarrollada.

La cantidad de masa ósea alcanza su valor máximo cuando llegamos a los 30-35 años de edad, a partir de esa franja de edad, se comienza una pérdida de hueso aproximadamente a un 0.5% anual según la OMS.
(Organización Mundial de la Salud).
Este proceso se acelera en el caso de las mujeres, cuando llegan a la etapa de la menopausia donde la pérdida de hueso puede llegar al 5% anual.

La cantidad de masa ósea que formamos depende de muchos factores, entre ellos, la ingesta de calcio, la raza, la actividad física desarrollada y de cierta predisposición genética que hace que dispongamos de más o menos cantidad ósea.
Nuestro organismo de persona adulta presenta un promedio de 1-2 Kg de calcio, del que, aproximadamente un 98% se encuentra en el esqueleto. El resto, queda repartido entre los dientes, los tejidos blandos, líquido extracelular y el plasma.

## 2 Objetivos

- Definir osteoporosis y ver los síntomas que se presentan al sufrir ésta enfermedad crónica y progresiva.
- Conocer los tratamientos farmacológicos y consejos que nos ofrece tanto la farmacia hospitalaria como oficina de farmacia privada.

## 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 diagnóstico de la osteoporosis se lleva a cabo midiendo la densidad mineral ósea. (DMO).
A pesar de que el diagnóstico no queda establecido hasta que se produce una fractura osteoporótica, es muy importante la detección precoz de la enfermedad, para así llevar a cabo una prevención adecuada y una estrategia que una tratamiento si es necesario con unos hábitos saludables que ayuden a mitigar la enfermedad.

Existen varios factores de riesgo que están relacionados con el desarrollo de la osteoporosis y las fracturas que produce, entre ellos están:
La edad y el sexo
Tener antecedentes familiares de osteoporosis
Ingesta insuficiente de calcio y vitamina D
Consumo crónico de alcohol , ya que interfiere en la absorción intestinal del calcio
Consumo de tabaco
Fracturas previas por fragilidad ósea, especialmente la cadera, muñeca y vértebras.

La ingesta diaria recomendada de calcio para mujeres de 50 años, que son susceptibles de sufrir osteoporosis, es de 1200mg.
Se puede apoyar la dieta con suplementos de calcio, pero se debe de tener en cuenta la cantidad de calcio que se ingiere con la dieta.

Para establecer un correcto tratamiento se deben de conocer todos los factores de riesgo que presenta cada paciente.
Se recomienda la exposición solar durante 15 minutos al día de la cara y el cuello, ya que esto ayuda al organismo a sintetizar la vitamina D.
Todos los fármacos que se recetan para tratar la osteoporosis se recomienda que sean acompañados de suplementos de calcio y vitamina D para así, compensar las deficiencias .
Los Bifosfonatos son los fármacos que se emplean como primera elección en la osteoporosis, por la experiencia demostrada y su coste, ellos permiten su administración oral.
Los fármacos anabólicos favorecen la mineralización ósea.
La Terapia Hormonal Sustitutiva (estrogénica o combinada con un progestágeno) se considera efectiva en la prevención de la osteoporosis postmenopáusica.
Agentes Anti-Rankl , que se administran por vía subcutánea cada 6 meses durante tres años, estos funcionan reduciendo el riesgo de fractura vertebral.
Desde la farmacia se actúa potenciando la adherencia al tratamiento de los pacientes.

## 5 Discusión-Conclusión

Me parece interesante conocer las características que rodean a la osteoporosis, que se puede hacer a título personal para conseguir una prevención adecuada, una vez más la dieta, esta vez rica en calcio y vitamina D nos puede ofrecer buenos resultados.
También he podido constatar que los suplementos vitamínicos y la toma regular de luz solar nos pueden ayudar para retrasar de alguna manera el proceso crónico y progresivo que se presenta al desarrollarse esta enfermedad.
Me parece destacable el poder de los fármacos, que una vez más juegan un papel fundamental en la mejora de los síntomas que se presentan durante el desarrollo de la enfermedad.

## 6 Bibliografía

- Cartijo B, Aldasoro P. Atención farmacéutica en osteoporosis en la mujer postmenopáusica.
- Fiter Aresté J. Presente y futuro de los anticuerpos monoclonales en el tratamiento de la osteoporosis.